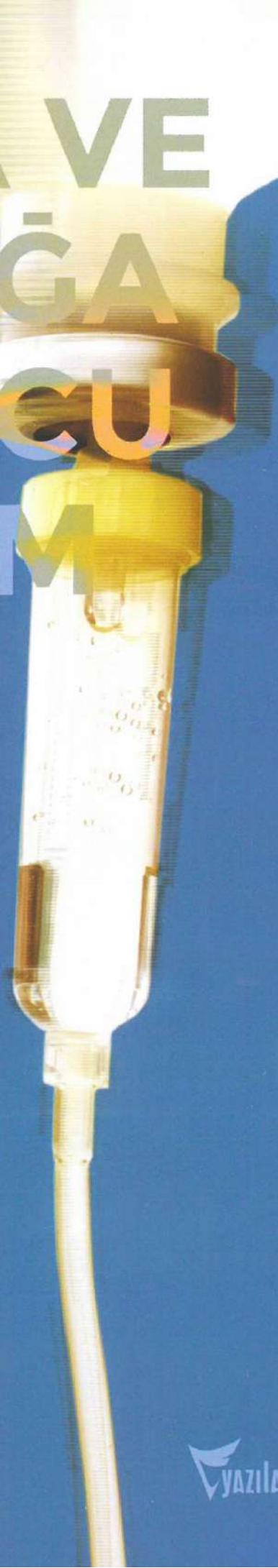
SAĞLIĞA VE HASTALIĞA TOPLUMCU YAKLAŞIM



AKİF AKALIN

Yazılama

Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım

Yazılama Yayınevi: 120
Bilim Dünyası: 8

Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım

M. Akif Akalın

Kapak Tasarımı: Levent Karaoğlu
Sayfa Tasarımı: Yiğit Berker
Birinci Baskı: Aralık 2015
ISBN: 978-605-9988-35-3

© Yazılama Yayınevi

Baskı: Kayhan Matbaacılık
Merkezefendi Mah. Fazlıpaşa Cad. No: 8
Giriş Kat D: 2 Topkapı - İSTANBUL
Tel: 0212 576 01 36 Sertifika No: 12156

İrtibat: Yazılama Yayınevi Hizmetleri Ltd. Şti.
Serasker Cad. Osmancık Sokak
Betül Han 9/13 Kadıköy - İSTANBUL
Tel: 0 216 338 52 59

www.yazilama.com
iletisim@yazilama.com

Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım

M. Akif Akalın

YAZILAMA

M. Akif Akalın: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Halk sağlığı eğitimini Ryerson Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda tamamladı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli kurumlarda hekim ve yönetici olarak ve Toronto Belediyesi'nde halk sağlıkçı olarak görev yaptı. İstanbul Sıtma Savaşı Derneği, Pratisyen Hekimlik Derneği ve Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kurucuları arasında yer aldı. Halen soL Haber Portalı'nda *Sınıfın Sağlığı* blogunun editörlüğünü ve Nazım Hikmet Kültür Merkezi'nde sürdürülen *Toplumcu Sağlık Söyleşileri*'nin koordinatörlüğünü yürütmekte ve İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda ve İstanbul Üniversitesi Mediko-sosyal Merkezi'nde görev yapmaktadır.

YAZARIN DİĞER KİTAPLARI

- *Toplumcu Tıbba Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları*. İstanbul: Yazılama Yayınevi. 2013.
- *Aşırı Teşhis*. (Çeviri). İstanbul: İnsev. 2013.
- *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi*. İstanbul: Yazılama Yayınları. 2010.
- *Sağlıkta Dönüşüm - Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar*. (Derleme). İstanbul: Hekim Forumu Yayınları. 2009. (H. Demirdizen'le birlikte).
- *Birinci Basamakta Diyabetik Hastanın Yönetimi*. (Editör). İzmir: KSGB Yayınları. 2001.
- *Gülcan Ebenin Not Defteri*. İzmir: KSGB Yayınları. 2000. (Ş. Öztürk'le birlikte).
- *Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi*. İzmir: KSGB Yayınları. 2000.
- *Pratisyen Hekimler İçin 1999 Yılı Hizmet-içi Eğitim Organizasyonu*. İzmir: KSGB Yayınları. 2000.
- *Sürekli Tıp Eğitimi*. Ankara: TTB Yayınları. 1994. (S. Akalın'la birlikte).

İÇİNDEKİLER

Öndeyiş **7**

***Birinci Bölüm:* SAĞLIK** **9**
Sağlık tanımındaki "toplumsal iyilik" ne demektir? 11
Sağlığa kâr temelli yaklaşıma karşı hak temelli yaklaşım 14
Sermaye, sağlık ve tıp 17
Okuma 1: Rp: Toplumsal değişim! 22
Sağlık ve sosyal güvenlik mücadelesi 26
Sağlığın toplumsal belirleyicileri dendiğinde ne anlamak gerekir? 35
Sağlığın toplumsal belirleyicileri sağlığı nasıl belirliyor? 39
Okuma 2: Sağlığa sınıf penceresinden bakmak 43
Sağlıkta eşitlik mümkün mü? 49
Sağlıkta "toplumsal yokuş" 55
Sağlığın sınıfsal belirleyicileri 58
Okuma 3: Yoksulluk değil eşitsizlik hasta ediyor 64
Sağlık toplum içinde örgütlenmekte araç olabilir mi? 73
Okuma 4: Toplumcu tıp kuramı gelişiyor 80

***İkinci Bölüm:* HASTALIK** **95**
Hastalık kavramının evrimi 97
Hastalıklara toplumcu yaklaşım 111
Okuma 5: Neoliberal kapitalizm şamanları hortlattı 117
İşçi sağlığı ve üretim tarzı 121
İşçi sağlığına toplumcu yaklaşım 126
Küba'da işçi sağlığı ve iş güvenliği 132
Kamu çalışanları, sendikalar ve işçi sağlığı 143
Endüstriyel demokrasi 152
Okuma 6: İşyeri hekimliği göründüğü gibi değil 158
Ana-çocuk sağlığına toplumcu yaklaşım 165
Küba'da ana-çocuk sağlığı 179
Diyabet ve toplumsal değişim mücadelesi 186
Okuma 7: Paris Komünü dünyayı değiştirmişti 189
Politika, ideoloji ve sağlık 192

KAYNAKLAR **196**

Öndeyiş

Elinizdeki kitap, toplumcu sağlık/tıp üzerine kaleme aldığımız üçüncü kitaptır. *Yazılama Yayınevi*'nden çıkan ilk kitabımızda tıbbın emeğin/toplumun gereksinimlerine göre örgütlendiği ilk örnek olan Sovyetler Birliği deneyimini aktarmış ve toplumcu sağlık/tıp anlayışının *temel ilkelerini* ortaya koymaya çalışmıştık. İkinci kitabımız toplumcu tıbbın tarihini, temel kavramlarını ve dünyanın çeşitli coğrafyalarındaki *kavranış ve uygulamalarını* ele alan ders notlarımızdan oluşmuştu. Elinizdeki üçüncü kitabımızda toplumcu tıp ve sağlığın *güncel* sorunlarını/konularını ele almaya ve çağdaş toplumcu tıp uygulamalarından örnekler vermeye çalıştık.

Bu alanda ilk kitabımızı yayınladığımız 2010 yılından bu yana geçen dört yılı aşkın süre içinde ülkemizde toplumcu tıp yazınının hızla zenginleşmesi çok sevindiricidir. Bu aynı zamanda toplumcu tıbba artan ilginin somut bir göstergesidir. Dört yıldır ülkemizde yayınlanan kitaplar arasında *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* (Hayykitap, 2013), *Tıp Budur* (İthaki, 2014) ve *Kapitalizm Hasta Eder - Toplumcu Tıp* (Notabene, 2014) önemlidir.

Ayrıca bu dönemde dilimize kazandırılmış önemli çeviriler de bulunmaktadır. Bunlar arasında *Kapitalizmde Sağlık* (Yordam, 2011), *Devrimci Doktorlar* (Notabene, 2012), *Ulusların Sağlığı* (Yordam, 2014) ve *Kızıl Tıp* (Yazılama, 2015) çevirileri sayılabilir. Yine tarafımızdan çevrilen *Aşırı Teşhis* (İnsev, 2013) yayınlanmıştır ve *Sağlıklı Şehir Planlaması* (İnsev) önümüzdeki günlerde yayınlanacaktır.

Sağlığın ve tıbbın sermaye boyunduruğundan kurtarılarak, emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesi ve emeğin hizmetine sunulması için çaba gösteren dostlara sonsuz teşekkürler.

M. Akif Akalın
İstanbul, Haziran 2015

Birinci Bölüm

SAĞLIK

- Sağlık tanımındaki "toplumsal iyilik" ne demektir?
- Sağlığa kâr temelli yaklaşıma karşı hak temelli yaklaşım
- Sermaye, sağlık ve tıp

Okuma 1. *Rp: Toplumsal değişim!*

- Sağlık ve sosyal güvenlik mücadelesi
- Sağlığın toplumsal belirleyicileri dendiğinde ne anlamak gerekir?
- Sağlığın toplumsal belirleyicileri sağlığı nasıl belirliyor?

Okuma 2. *Sağlığa sınıf penceresinden bakmak*

- Sağlıkta eşitlik mümkün mü?
- Sağlıkta "toplumsal yokuş"
- Sağlığın sınıfsal belirleyicileri

Okuma 3. *Yoksulluk değil eşitsizlik hasta ediyor*

- Sağlık toplum içinde örgütlenmekte araç olabilir mi?
- Toplumcu tıp kuramı gelişiyor

Sağlık tanımındaki "toplumsal iyilik" ne demektir?

Dünya Sağlık Örgütü'nün 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe giren anayasasında sağlık,

> *"yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali"*

olarak tanımlanmıştır[1].

Bu tanımlama, sağlığı yalnızca *hastalık veya sakatlığın olmayışı* olarak tanımlayan geleneksel *kapitalist/biyomedikal* anlayıştan kopuşu temsil eder ve toplumcu sağlık anlayışının temelini oluşturur. Bu tanıma yönelik bazı eleştiriler de vardır. Eleştirilerde genellikle tanımın yeterince "operasyonel" (işlevsel) olmadığı vurgulanmaktadır. Diğer yandan bedensel ve bir ölçüde ruhsal iyilik (well-being) halinin ne anlama geldiği üzerine hemen herkes görüş birliği içindeyken, *toplumsal iyilik* kavramının içeriği ve kapsamı üzerinde genel bir uzlaşı yoktur.

Aşağıdaki envanter *Dünya Sağlık Örgütü*'nün Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu[2] tarafından yayınlanan Rapor (Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health) dikkate alınarak hazırlanmıştır[3]. Şüphesiz aşağıdaki sorulara

---

1 http://www.who.int/about/definition/en/print.html.

2 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.

3 http://www.basic-counseling-skills.com/socio-economic.html.

çoğu zaman basitçe *evet veya hayır* yanıtı verebilmek mümkün değildir; ancak bu sorular *toplumsal iyiliğin* içeriğini ve kapsamını, ne anlama geldiğini ortaya koyması bakımından önemlidir.

Temel Gereksinimler

Aşağıdakilere her zaman erişebiliyorum:

1. Gıda - daima sağlıklı meyve ve sebzeler (Evet / Hayır)
2. Giyim - özellikle soğuk bölgelerde (Evet / Hayır)
3. Barınak - güvenli, makul barınma (Evet / Hayır)
4. Diş, görme, işitme, diyeti de kapsayan sağlık bakımı (Evet / Hayır)

Bakım ve Eğitim

Aşağıdakilere her zaman erişebiliyorum:

5. Bebek/çocuk ve yaşlı bakımı (Evet / Hayır)
6. Yüksek öğretim (Evet / Hayır)

Gelir

Aşağıdakilere sahibim:

7. Sosyal haklarla birlikte yoksulluk sınırı üzerinde bir gelir (Evet / Hayır)
8. İş güvencesi (Evet / Hayır)

Sosyal Yaşam

Aşağıdakilere sahibim:

9. Parklar, yüzme havuzları, yürüyüş yolları dahil güvenli rekreasyon (eğlen-dinlen) alanları (Evet / Hayır)
10. Aile, iş ve toplum içinde değerli bir rol (Evet / Hayır)

Fırsat Eşitliği

11. Kültürel veya etnik temelde ayrımcılığa uğramıyorum (Evet / Hayır)
12. Toplumsal cinsiyet veya cinsel yönelim temelinde ayrımcılığa uğramıyorum (Evet / Hayır)

Diğer

13. Genel olarak hayatımdan memnunum (Evet / Hayır)

Toplumsal bakımından ne kadar "iyi" olduğunuz, bu envanterde ne kadar çok soruya "evet" yanıtı verdiğinizle ilişkilidir.

Kuşkusuz bu sorular "batı" kültürünün yaşam tarzını yansıtan bir anlayışla hazırlanmıştır ve belki farklı toplumlar (kültürler) için soruların gözden geçirilmesi gerekebilir. Ancak yine de bu sorular toplumsal iyi-

liğin sağlığın tanımını eleştirenlerin öne sürdüğü kadar havada bir kavram olmadığını, toplumsal iyiliğin *nesnel* ölçütleri bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Bu noktada asıl sorun, hekimlerin bu sorulara verilen "hayır" yanıtlarını, "sağlıksızlık" veya "hastalık" olarak kabul edip etmemeleri sorunudur. Hekimler Dünya Sağlık Örgütü'nü dinler ve yukarıda sıralanan sorulara "hayır" yanıtı verenlerin, aynı bademcikleri iltihaplanmış veya ayak başparmağı kopmuş insanlar gibi "hasta" veya "sakat" olduklarını kabul ederlerse,

- anamnezlerinde bu sorulara da yer verecekler,
- bu sorulara aldıkları yanıta göre kapitalist tıbbın kendilerine dayattığı "tanı sınıflamalarının" dışına çıkarak sağlık sorununu tanımlayabilecekler ve
- tanı koydukları sağlık sorununun (toplumsal olarak iyi *olmama* halinin) çözümü için önerilerde bulunabileceklerdir.

Toplumsal iyiliğe ilişkin "tanı kodları", ülkemizde de kullanılan IDC - 10 *Uluslararası Hastalık Kodları* arasında yer almaktadır[4]. Bu kodların son bölümü (Z kodu) içinde sosyo-ekonomik ve psikososyal durumlarla ilgili potansiyel sağlık tehlikeleri Z 56 - 65 arasında yer almaktadır. Örneğin işsizlik için Z 56.0, uygun olmayan çalışma koşulları için Z 56.5, evsizlik için Z 59.0 ve yetersiz aile desteği için Z 63.2 gibi kodlar hekimlerimizin kullanımını beklemektedir.

4 http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bisi/verigiris/icd/21aciklama.pdf

Sağlığa kâr temelli yaklaşıma karşı hak temelli yaklaşım

Sağlığa *hak temelli* yaklaşım Avrupa'da 1848 barikatlarında doğmuş, 1871 Komün günlerinde kısa bir süre yaşama geçmiş, fakat esas olarak 1917 Ekim devrimiyle Sovyetler Birliği'nde ete kemiğe bürünmüştür. Sovyetler Birliği sağlık hizmetlerini sosyalleştirmiş ve bir devlet hizmeti olarak *emekçilerin gereksinimlerine göre ve hak temelinde* örgütlemiştir.

Sovyetler Birliği'ndeki bu gelişmeler, sermaye egemenliğindeki coğrafyalara uzun süre yansımamıştır. 1929'da içine düştüğü bunalımını aşamayan ve bunalımın yükünü emekçilerin sırtına yıkan sermaye, başta gelişmiş sanayi ülkeleri olmak üzere dünyanın bütün coğrafyalarında büyük prestij kaybına uğrayınca faşizm tırmanışa geçmiş ve sermaye bunalımını aşabilmek için dünyayı İkinci Paylaşım Savaşı'na sürüklemiştir. Sermaye egemenliği altındaki toplumlar, sağlığa hak temelli yaklaşımla İkinci Paylaşım Savaşı sürecinde birlikte oldukları Sovyet askerleri sayesinde tanışmışlardır.

İkinci Paylaşım Savaşı'ndan utkuyla çıkan anti-faşist güçlerin çabalarıyla Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık bir *insan hakkı* olarak tanımlanmışsa da, savaş sonrasında kendisini kısa sürede toparlayarak ekonomisini düzeltmeyi başaran sermaye, sağlığa hak temelli yaklaşımı sağlık hizmetlerine *erişimi* kolaylaştırmaya indirgemeyi başarmıştır. Kapitalizmin 1960'larda "altın çağına" girmesiyle birlikte sermaye gelişmiş sanayi ülkelerinde emekçiler arasında yeniden prestij kazanmıştır.

Ancak sermayenin gönenci uzun sürmemiş ve kapitalizm 1970'lerde

yeniden durgunluğa girmiştir. Petrol krizinin körüklediği bunalım sermayeyi yeniden zora sokmuş, emekçiler arasında hoşnutsuzluğa yol açmıştır. Bu ortamda İkinci Paylaşım Savaşı sonrası parçalanan sömürge sisteminin boyunduruğundan kurtulan ülkelerin bağımsızlık kazanarak Dünya Sağlık Örgütü'nde sosyalist ülkelerle birlikte tutum almasıyla, sağlığa hak temelli yaklaşım daha da güç kazanmış ve bu güçle 1970'lerin sonuna doğru Kazakistan'ın başkenti Alma-ata'da *Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı* toplanarak, *Alma-ata Deklarasyonu*'nu kabul etmiştir.

Alma-ata Deklarasyonu, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlığın bir *hak* olarak tanımlanmasını bir kez daha, fakat bu kez çok güçlü bir şekilde teyit etmiştir. Sağlığa ve sağlık hizmetlerine bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşım benimseyen deklarasyon, sağlığın politik, sosyal, ekonomik ve ekolojik belirleyicilerine vurgu yapmakta, insanların sağlığından *devleti* sorumlu tutmaktadır.

Ancak deklarasyona imza atmak zorunda kalan sermaye birkaç yıl içinde yeniden toparlanarak, emeğe karşı küresel ölçekte bir savaş başlatmıştır. Sermayenin Reagan - Thatcher ekürisi önderliğinde yürüttüğü bu savaşta önce geri bıraktırılmış ülkelerin emekçileri askeri, faşist darbelerle dize getirilmiş, daha sonra sosyalizmin çözülmesiyle birlikte birkaç ülke dışında bütün dünya sermayenin neoliberal politikalarına teslim olmuştur.

Neoliberal politikalarla sağlık ortamına *kâr temelli* yaklaşım egemen olmuş ve emekçiler İkinci Paylaşım Savaşı sonrası elde ettikleri bütün kazanımları hızla yitirmeye başlamışlardır. Dünya sağlıkta karanlık bir döneme girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sermayenin güdümüne girmesiyle birlikte Dünya Bankası ve diğer sermaye örgütleri eliyle sağlık bir hak olmaktan çıkartılmış ve sağlığa kâr temelli yaklaşım egemen olmuştur.

Neoliberal politikalar 1990'lı yıllarda sağlıkta büyük bir tahribata yol açmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim sınırlanırken, sağlıkta eşitsizlikler hızla tırmanmaya başlamıştır. Toplumların sağlık gereksinimleriyle, sağlığın özelleştirilmesi ve piyasalaştırılması arasındaki çelişki derinleştikçe neoliberal politikalara tepkiler yükselmeye başlamıştır. Başta Latin Ame-

rika ülkeleri olmak üzere dünyanın çeşitli coğrafyalarında sağlığa hak temelli yaklaşım talebi yeniden yükseltilmeye başlamıştır. Bu gelişmelere daha fazla sessiz kalamayan Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda bu çelişkiyi şu tümcelerle ifade etmiştir:

> *"Sağlık bakımına erişimdeki ve sağlıktaki en büyük eşitsizlikler, sağlığın meta olarak görüldüğü ve sağlık hizmetlerinde amacın kâr olduğu yerlerdedir. Bu durum gereksiz tetkikler ve işlemler yapılmasına, insanların hastanelere daha sık gitmesine ve hastanelerde daha uzun süre kalmasına, toplam maliyetlerin artmasına ve ödeme gücü olmayanların dışlanmasına yol açmaktadır".*

Bugün sağlık ortamında sağlığa hak temelli yaklaşım düşüncesi yeniden güç kazanmaktadır. Sermayenin neoliberal politikalarının hiçbir sağlık sorununa çözüm olamadığı, aksine bizzat kendisinin bir sağlık sorunu haline geldiği her gün daha iyi anlaşılmaktadır. Kuşkusuz sağlığa kâr temelli yaklaşımın ortadan kaldırılması ve hak temelli yaklaşımın benimsenmesi sınıf savaşımının sorunudur. Dünyada sağlıkta hak temelli yaklaşımın yeniden egemen olması, işçi sınıfının mücadelesiyle mümkün olacaktır.

Sermaye, sağlık ve tıp

Sermaye ile sağlık ve tıp arasındaki ilişkiler esas olarak üç eksende değerlendirilebilir: *sermaye birikimi, sermaye egemenliğinin meşrulaştırılması ve egemen sermaye ideolojisinin yeniden üretilmesi.*

Sermaye birikimi ve sağlık

Sermaye için sağlık hem doğrudan bir sermaye birikimi alanıdır, hem de dolaylı olarak genelde sermaye birikimine katkıda bulunur. Sermaye sağlık sektörünün başta ilaç, tıbbi teknoloji, sigortacılık ve tıbbi hizmet sunumu gibi alanlarına yatırım yaparak, sağlığı ve sağlık hizmetlerini bir sermaye birikimi alanı haline getirir. Diğer yandan sermaye, üretim süreçlerindeki işlevlerini yerine getirebilecek sağlıklı bir emekçi sınıfa gereksinim duyar. Artı değer sömürüsüne dayalı bir düzende, artı değer yaratanların en azından işe gelebilecek kadar sağlıklı kalmalarını sağlamak bir zorunluluktur.

Sermaye egemenliğinin meşrulaştırılması ve sağlık

İktidardaki sınıfın egemenliği esas olarak *zora* dayanır. Egemen sınıf zoru devlet aygıtını kullanarak sağlar. Ancak egemenliğin sürdürülebilmesi için zor yeterli değildir; egemen sınıfın egemenliğini meşrulaştırmaya veya diğer bir deyişle toplumun *rızasını* sağlamaya da gereksinimi vardır. Bu bağlamda egemen sınıfın egemenliğini toplum ve emekçilerin gözünde meşrulaştırmak için kullandığı en önemli araçlardan biri de sağlıktır. Toplumun aktif emekgücü dışında kalan ve dolayısıyla sermaye birikimi bağlamında etkin olmayan kesimleri (örneğin çalışamayacak

durumda olanlar veya emekliler) sermaye için artık değer üretmedikleri halde, bu sayede sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Böylece sermaye birikimi sürecinde emekçilere verdiği zararın bir bölümünü telafi eden sermaye, emekçilerin bu adaletsiz düzene razı olmalarını sağlamaya çalışır.

Sermaye ideolojisinin yeniden üretilmesi ve sağlık

Sermayenin, emeğin ve toplumun *kamusal* sağlık hizmetlerine olan talebini bastırabilmek amacıyla kullandığı silahların başında ideolojik araçlar gelmektedir. Sağlığın bir sermaye birikimi alanı haline getirilebilmesi, sağlık hizmetlerinin insanlara sunduğu kullanım değerinin, *değişim değerine* dönüştürülebilmesine bağlıdır. Bunun için sağlığın ve sağlık hizmetlerinin kullanım değerinin muğlaklaştırılması ve çarpıtılması gereklidir. Bu amaçla sermaye, insanların sağlığa ilişkin düşüncelerini biçimlendirmek için büyük çaba harcar. İndirgemeci bir biyomedikal yaklaşımla sağlığın ve hastalığın toplumsal belirleyicilerini gözlerden uzak tutmaya çalışarak, toplumun sağlık taleplerini *tıbbi hizmetlere erişimle* sınırlamaya çalışır. Böylece emeğin sağlık hakkı taleplerini ve mücadelesini kendi istediği alana (örneğin daha fazla hastane açılması, tıbbi hizmetlere erişim vb) sıkıştırır.

Sermayenin diğer bir ideolojik aracı *akılcılaştırma* (rasyonelleştirme) olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanların sağlık hizmetlerinin de ekonominin "genel-geçer" kurallarından bağımsız olamayacağına ikna edilmesi çok önemlidir. Böylece bir hastane ile bir fabrika veya ticarethane arasında analojiler kurularak, ekonominin diğer alanlarında kullanılan maliyet, sürdürülebilirlik, etkinlik, verimlilik, üretkenlik gibi kavramlar sağlıkla bütünleştirilir. İnsanların sağlık kurumlarının da bir "işletme" olduğuna inandırılmasından sonra, bu "işletmenin" nasıl daha *verimli* olabileceği tartışmaya açılır. Bu noktadan itibaren sağlık hizmetlerinin kamusal olarak mı, yoksa özel sektör tarafından mı sunulması gerektiği, finansman, hizmetlerin maliyet-etkinlikleri, kalite, hekim seçme özgürlüğü, kaynakların etkin kullanımı vb. tartışılmaya başlanır.

Sağlıkta kamu sektörünün mü, yoksa özel sektörün mü daha başarılı olduğuna ilişkin tartışmaları sermaye medyasından izleyenler, sanki

tarihsel olarak sağlık hizmetleri her zaman kamusal olarak sunulmuş, zamanla gelişen özel sektörün bu alanda daha başarılı olduğu anlaşılmış izlenimine kapılabilir. Oysa gerçek bunun tam tersidir. Sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak örgütlenmesi on dokuzuncu yüzyılda uzun mücadeleler sonucu kazanılmış bir haktır. Küresel ölçekte kamusal sağlık hizmetleri yirminci yüzyılda, yalnızca emek hareketinin bu hakkı alabileceği kadar güçlü olduğu coğrafyalarda örgütlenebilmiştir. Dünyanın üçte birinin kapitalist-emperyalist sistemin boyunduruğundan kurtulmayı başardığı dönemlerde dahi, dünyanın yarısından çoğunda sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlığı vardır. Diğer yandan kapitalist ülkelerde kamusal sağlık hizmetlerinin yine sermaye hükümetleri tarafından yönetildiği unutulmamalıdır.

Bu eksenlerin her birinde sermayenin gereksinimleri ve talepleri karşısına, emeğin ve toplumun gereksinim ve talepleri çıkar. Sermaye, emekçilerin ve toplumun kamusal sağlık hizmetlerinden yararlanabilme olanaklarını elden geldiğince sınırlayarak, sağlığı alınır-satılır bir mal haline getirir ve sağlık hizmetleri üzerinden kazanç sağlamaya çalışırken, emekçiler ve toplum, kamusal sağlık hizmetlerinin sınırlarını genişletmek ve bu hizmetlerden daha fazla yararlanabilmek için mücadele eder. Bir toplumda emekçilerin ve toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanabilme düzeyini, bu karşıt güçler arasındaki savaşım belirlemektedir. Nitekim dünyanın emekçilerin örgütlü ve güçlü olduğu coğrafyalarında toplumun sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabildiği görülmektedir.

Sermaye ve tıp

Sermayenin sağlık üzerinden amaçlarına ulaşabilmesi için tıbbı *kontrol etmesi* gereklidir. Sermayenin sağlık alanında belli başlı yatırım alanları ilaç sektörü, tıbbi teknoloji endüstrisi, sigorta şirketleri ve hastane zincirleridir (tıbbi - sanayi kompleks). Tıbbi - sanayi kompleks tıbbı çeşitli araçlarla kontrol altına alır: *mali, politik, ideolojik ve hukuksal.*

Sermayenin tıbbı kontrolü altına alabilmesi için tıbbi bilgi üretimi süreçlerini denetlemesi gerekir. Bu denetimde *mali araçlar* kullanılmaktadır: tıbbi araştırmalara kaynak sağlanması, tıp kongrelerine, tıp dergilerine sponsorluk yapılması. Böylece hekimlik uygulamalarında kullanılan

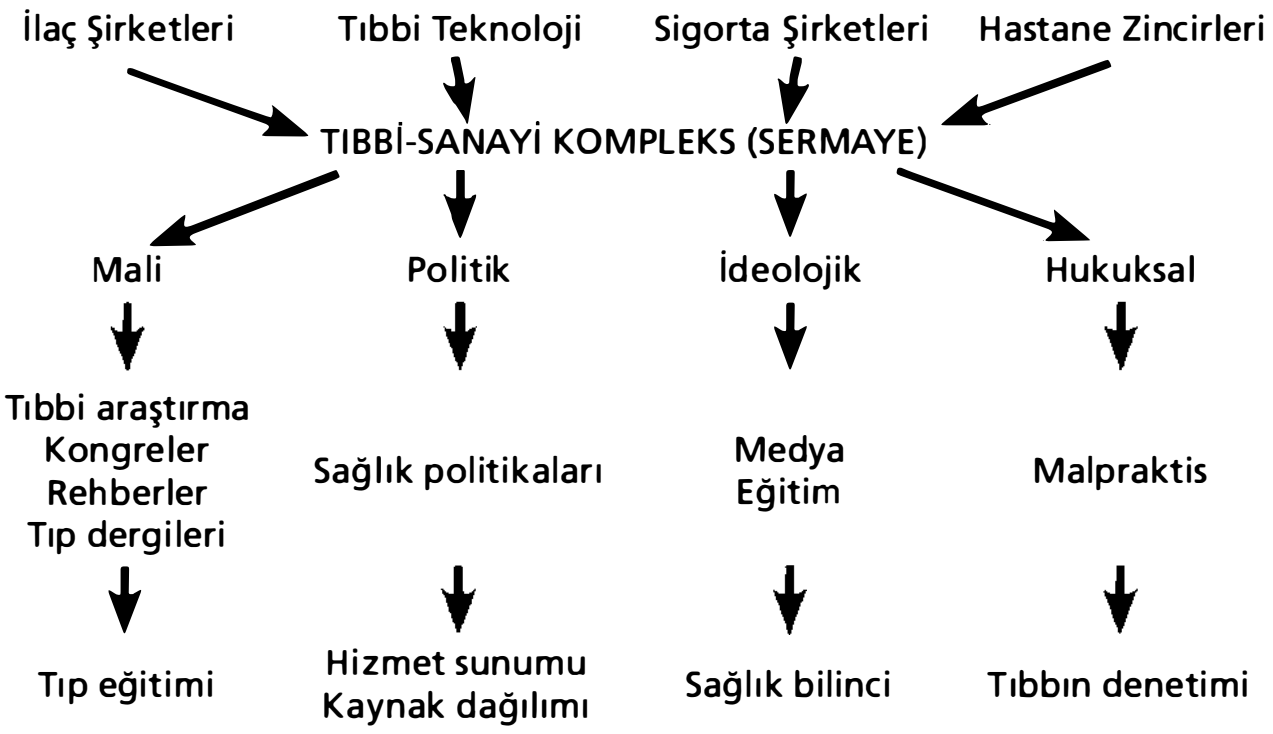
tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulmasında ve geliştirilmesinde etkin olabilen sermaye, bu alanları kendi gereksinimleri doğrultusunda biçimlendirebilmektedir.

Sağlık politikalarının sermayenin gereksinimlerine göre belirlenmesi amacıyla, uluslararası düzeyde başta Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF gibi kuruluşların ve ulusal düzeyde hükumetlerin sağlık politikalarının yönlendirilmesi üzerinden, kaynakların önleyici hizmetler yerine tedavi hizmetlerine ayrılması sağlanmaktadır.

Bu çabaların başarıya ulaşabilmesi için toplumun sağlık konusunda *yanlış bilinçlendirilmesi* önemlidir. Toplumun dikkatinin sağlığın ve hastalıkların toplumsal belirleyicilerinden çok, hastalıklar üzerine odaklanmasını teşvik eden medya kampanyaları aracılığıyla önleyici sağlık hizmeti talepleri törpülenirken, sağlık sorunlarında mağduru suçlayıcı bir tutum benimsenmektedir. Sağlık eğitiminde hastalık üreten sosyal ve ekonomik koşulları gölgeleyen, hastalıkları ağırlıklı olarak "biyolojik" etmenlerle açıklayan bir yaklaşım öne çıkartılmaktadır.

Son olarak hekimlerin mesleki uygulamalarında kendilerine dayatılan tanı ve tedavi rehberlerine sadık kalmalarını garanti altına alabilmek amacıyla hukuksal bir baskı oluşturulmaktadır. Hekimler hastalarına ilişkin olası bir hukuki "sorumluluktan kurtulmak" ve kendilerini güvenceye almak için hastalıkların tanısı ve tedavisi için sermaye güdümlü kuruluşlar tarafından oluşturulan rehberlere uymak adına mesleki bağımsızlıklarından tavizler vermektedir.

Tablo 1. Sermayenin tıbbı kontrol araçları



Sağlık sermaye için bir kâr alanı olmaktan çıkartılmalıdır

Sağlık alanında *özel girişimlere* izin verilmesi toplumun ve bireylerin sağlığını ve yaşamını tehdit etmektedir. Kâr amaçlı sağlık kuruluşları *doğaları* gereği kendi kazançlarını toplumun ve bireylerin sağlığının önüne koymaktadır. Pazar kaygılarıyla hareket eden sermaye, piyasa içinde rekabet edebilmek ve kârlarını azamileştirebilmek için bilime, etiğe ve insanların en temel hakkı olan sağlık hakkına müdahale etmekte ve kendisi bir *halk sağlığı sorunu* haline gelmektedir.

İlkesel olarak sağlığın kamusal olarak genel bütçeden finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinin kamu kurumları tarafından ve kamu sağlık emekçileri eliyle sunulması savunulmalıdır. Sağlık alanı, piyasa egemenliğinin araçları olarak kullanılan "maliyet - etkililik" gibi toplumun ve bireylerin sağlığını tehdit eden kavramlardan arındırılmalı, mali kaygıların tıbbi kararları bireylerin sağlığını tehlikeye atabilecek şekilde etkilemesine izin verilmemelidir. Kaldı ki, sağlığın toplumsal belirleyicilerine yönelik iyileştirmelerle zaten toplumun genel sağlık düzeyi yükseltilecek ve tıbbi hizmetlere olan talep önemli ölçüde azalacaktır.

Okuma 1
Rp: Toplumsal değişim!

Social Medicine dergisinin son sayısında Jaime Breilh[5] imzasıyla bir editöryal makale yayınlandı. Yazısında kapitalist yaşam tarzı ile sağlığımızın ve doğanın korunmasının bir karşıtlık içinde olduğuna vurgu yapan Breilh, insan sağlığını ve doğayı mahveden kapitalist yaşam tarzı ortadan kaldırılmadıkça, insan yaşamı ve sağlığı için mücadelenin ne yeterli, ne sürdürülebilir ve hatta ne de olanaklı olduğunu belirtiyor.

Breilh, Ekvador'da hükümet tarafından engellilere yönelik bir ulusal program[6] başlatıldığını ve ekibiyle birlikte kendisinin engellilere daha eşitlikçi koşullar sağlayan ve sağlık hizmetlerine erişimlerini artıran bu programı desteklediklerini, fakat bu programın kazanımlarının ülkenin "engellilik yaratan" süreçlerine dokunulamadıkça başarıya ulaşabilme şansının olmadığını aktarıyor:

> *"Örneğin, işyerlerinde, çevredeki mahallelerde ve gıda temininde pestisidlere yoğun maruziyet, kronik zehirlenme, doğumsal malformasyonlar, genetik kararsızlık, binlerce çocuğun nörodavranışsal gelişimi üzerine etki ve birçok tarım işçisinin fiziksel olarak engelli hale gelmesi yoluyla engellilik insidansını arttırmaktadır".*

Breilh, kapitalist ekonominin insan haklarının ve doğanın buldozeri

5 http://www.ghrp.ubc.ca/about/associated-faculty/international-faculty/jaime-breilh-bio/

6 National Program for the Disabled of the Vice Presidency of Ecuador.

olarak bilinen ve patojenik olarak tanımlanan, hiçbir sağlık sisteminin karşısında duramayacağı doymak bilmez kâr güdüsünü durduramadıkça "başka bir dünya mümkün" sloganının[7] içi boş bir retorik haline gelebileceğine ilişkin endişelerini dile getirmektedir. Sağlıkçılar olarak bu ölüm makinesine karşı mücadelede bizlerden beklenen, tıpta biyomedikal modelin egemenliğine son vermektir. Tıpta biyomedikal modelin egemenliğine son verilmedikçe, bu modelin beslediği sağlık üzerinde kapitalist tıbbi-sanayi kompleksin egemenliğine son vermek de olanaklı değildir.

Sağlık krizinin tıpsallaştırılmış (medikalize edilmiş) yorumu, sağlık hakkını bireyin sağlık hizmetlerine (özel veya kamusal) erişebilmesi hakkı olarak değerlendirmektedir. Yani birey ücretini ödeyerek, primleri karşılığında veya genel vergilerden finanse edilen sağlık hizmetlerine erişebiliyorsa, sağlık hakkını kullanabiliyor demektir. Öncelikle bu indirgemeci yaklaşımla mücadele edilmelidir.

Sağlık hakkı, sağlık hizmetlerine erişebilme hakkı değildir[8]. Sağlık hakkı, ancak yeni bir uygarlık altında olanaklı olan sağlıklı yaşam alanlarının çoğaltılmasıdır. Sağlıklı işyerleri, sağlıklı mahalleler, sağlıklı evler, sağlıklı okullar, sağlıklı kamusal ulaşım, sağlıklı oyun alanları, sağlıklı spor sahaları, sağlıklı pazar yerleri ve sağlıklı doğal çevre için, yeni bir yaşam tarzı için mücadele edilmelidir. Yeni yaşam tarzı, insanın onurluca çalışma, beslenme, kültürel kimliğini yaşayabilme, rekreasyon (eğlence - dinlence) ve spor olanaklarından yararlanma, bütüncül biyogüvenlik, gereksinimine uyumlu olmalıdır. Yeni yaşam tarzı insan beden ve ruh sağlığını koruyan ve pekiştiren ekosistemlerle uyumlu olmalıdır. Sağlık hakkı mücadelesi, bunların hepsini kapsamalıdır.

Dizginsiz tüketim ve sınırsız mala sahip olmakla ölçülen bireysel başarı kavramı kapitalist toplumun açgözlü işadamının gereksinimlerine

---

7 2005 yılında Ekvador'un Cuenca kentinde toplanan Halkların Sağlık Meclisi yayınladığı bildiride "Başka bir dünya mümkün" sloganını benimsemiştir. Bildiri metni için bkz: http://www.academia.edu/ 2348188/CUENCA_BILDIRISI.

8 Bu konuda detaylı bir analiz için bkz: Akalın, MA. (2012). Sosyalleştirmenin İdeolojisi. Ankara: TTB Yayınları (Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı - Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları - 2011 içinde, Sayfa: 19 - 27). http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf (Erişim: 10 Eylül 2013).

hitap etmektedir. Tarihsel toplumsal gelişim süreci içinde insan başarısı yalnızca merkantilizmden beri bu şekilde kavranmaya başlanmıştır (yani başarının bu tür kavranışı insan doğasının bir parçası değildir). Başarının böyle tanımlanması artık dünyayı ve insan türünü yok olmanın eşiğine getirmiştir. Bu ortamda "*Milenyum Kalkınma Hedefleri*" gibi süslü başlıklar, gerçeklikle hiçbir şekilde örtüşmemektedir. Kapitalizm geçen yüzyılda döngüsel krizlerini aşabiliyor ve sosyal yetmezliklerini teknolojide ilerlemeler ve çalışma yaşamında düzenlemelerle gizleyebiliyordu. Yirmi birinci yüzyılda kapitalizmi telafi mekanizmaları artık işlemez hale gelmiştir. Kapitalist ekonomiler giderek daha fazla *göçmen emeğine* dayanırken, gelişmiş kapitalist ülkelerin halkları "işgal" eylemlerine başlamışlardır. Tarihte kapitalizm ilk kez bu kadar geniş halk yığınları tarafından sorgulanmaya başlamıştır.

Kâr hırsıyla biyoteknoloji, nanoteknoloji, suni yaşam ve sinirbilimde çok tehlikeli uygulamalara gidilmektedir. Daha fazla kâr için tarımda uygulanan yeni teknikler ve çok büyük ölçekli tarım ve hayvancılık etkinlikleri, her gün yeni sağlık sorunları yaratmaktadır. Genetiği değiştirme ve antibiyotik kullanımı uygulamalarının insan sağlığı üzerine etkileri korkutucudur.

2012 yılında 6 - 11 Haziran tarihleri arasında Cape Town'da toplanan *Üçüncü Halkların Sağlık Meclisi*, bu değerlendirmeler ışığında bir eylem çağrısı yapmıştır[9]. Bu çağrıda kapitalist sistem ile sağlığın uyuşmazlığının açıkça ilan edilmesi ve alternatif toplumsal-biyolojik merkezli kalkınma modelleri sunulması öngörülmektedir:

- Her bölgenin "iyi yaşamı" yeniden üretmek ve garanti altına almak için gereksinim duyduğu maddi ve manevi nesneleri bağımsız olarak üretebilme kapasitesi ve sürdürebilmesi
- Sağlık yönetiminin kamusal ve sosyal izlemi ve otoritenin demokratik kullanımını olanaklı kılmak için örgütsel dayanışma
- "Doğa hakkını" koruma ve onarmayı garanti altına alacak politika ve normlarla birlikte teknik uzmanlığı, ulusal sistemleri (sosyal-

9 Eylem çağrısı metni için bkz: http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/Call%20to %20Action%20FINAL_0.pdf. (Erişim: 10 Eylül 2013).

leştirme) ve sağlığı pekiştirmek ve korumak için vazgeçilmez olan normları, biyolojik bakımdan güvenli senaryo/süreçleri (işyerlerinde, evlerde, toplumsal örgütler ve sendikalarda, kültürel ve sanatsal alanlarda ve toplumsal etkileşim ve iletişimin geliştiği yerlerde) oluşturmak.

Günümüzde çok büyük ölçekli ekonomilerle (özellikle madencilik, tarım ve ticaret alanlarında, büyük fabrikalar, büyük gıda imalathaneleri, büyük hayvan çiftlikleri vb) sağlık hakkının uyuşmazlık içinde olduğu apaçık ortadadır. Bundan kaçınmak için bölgesel entegrasyon projelerinin insan sağlığının ve çevresel sürdürülebilirliğin teşviki ile birlikte, tarım, madencilik ve ticari tekellerin dağıtılması için kurumsal mekanizmalar ve kuralları kapsaması ve uygulanabilir bir ölçekte düzenlenmiş ekonominin teşviki talep edilmelidir. Aynı zamanda küçük ve orta ölçekli birimleri korumak ve güçlendirmek için yeni mali yapılanmalara gidilmelidir. Bağımsız, ekolojik ve biyolojik bakımdan güvenli işletmeleri desteklemek için teşvikler sağlanmalıdır.

Bugün önümüzdeki Gordion düğümü, kamusal hizmetlere ekonomik kaynak sağlamak için gerekli olan ekonomik büyüme ile kapitalizmin ivmelenmiş "pazar uygarlığının" dönüşümüne izin verecek ekonomi ölçeğini sınırlandırma ve düzenleme gereksinimi arasındaki çelişkidir.

Sağlık ve sosyal güvenlik mücadelesi

2000'li yılların en önemli karakteristiği, işçilerin ve emekçilerin sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında yirminci yüzyıl boyunca elde ettiği bütün kazanımların hızla yitirilmesidir. Bir yandan tedavi hizmetlerine katkı ve katılım payları getirilmesi ve sigorta paketlerinin kapsamlarının daraltılması, diğer yandan emeklilik yaşının uzatılması ve insanların kendi emekliliklerini "bireysel" olarak finanse etmeye teşvik edilmesi gibi onlarca uygulama, içinde bulunduğumuz yıllarda sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında rastlanan genel eğilimlerdendir.

Bu gelişmeler birkaç on yıl kadar kısa bir süre içinde gerçekleşmiş ve toplumlar içinde, biri geçmişte sahip olduğu hakları yitirmenin şaşkınlığını yaşayan, diğeri bu haklarla hiç tanışmamış iki kuşak yaratılmıştır. Haklarını yitirenler, bunların başlarına nasıl geldiğini anlamakta güçlük çekerken, *güvence* kavramının ortadan kaldırıldığı koşullara doğan genç kuşaklar, "yeni cesur dünyaya" uyum sağlama çabası içindedir. Gelinen noktada insanlığın geçmişte sağlık ve sosyal güvenlik alanlarındaki kazanımlarını nasıl elde ettiğini anımsamak, insanların daha iyi bir gelecek için mücadelesine yol göstermek bakımından önemlidir.

İşçi sınıfının erken dönem talepleri

Tarihsel olarak kapitalizm, sanayileşmenin geliştiği bütün coğrafyalarda, kırsal alanlarda yaşayan insanları merkezlere toplayarak çok kısa sürede büyük şehirler yaratmıştır. Bu gelişmeye öncülük eden İngiltere'de şehirlerin altyapıları devasa nüfus artışı karşısında yetersiz kalınca önemli sanitasyon sorunları ortaya çıkarak, bulaşıcı ve salgın hastalıklar için el-

verişli bir zemin oluşturmuştur. Şüphesiz salgınlardan en çok etkilenen kesimler, yeni göç ettikleri sanayi şehirlerinde uygun barınma ve beslenme koşulları bulamayan, içme suyu ve kanalizasyon gibi temel sanitasyon hizmetlerine erişemeyen ve kendilerini hastalıklara karşı koruyamayan işçiler, işsizler ve kent yoksullarıdır. Bu nedenle tarihsel olarak işçi sınıfının ilk sağlık taleplerinin *önleyici* sağlık hizmeti talebi olduğunu söyleyebiliriz.

İngiliz işçi sınıfının önleyici sağlık hizmeti talebi, egemen sınıfların üretim için gereksinim duyduğu sağlıklı emekgücü talebiyle örtüşmektedir. Yine bulaşıcı ve salgın hastalıklar *doğaları* gereği belli bir toplum kesiminde sınırlı kalmayıp, bütün toplum kesimlerine yayılma eğilimi gösterdiğinden, Engels'in ifadesiyle,

> "kolera, tifüs, çiçek ve öteki salgın hastalıkların tekrar tekrar ortaya çıkması, İngiliz burjuvaya, eğer kendini ve ailesini bu hastalıklardan koruyacaksa, kasaba ve kentlerde sağlık koruma kurallarına hemen uyulması gereğini göstermiştir".

Bu gelişmeler tarihteki ilk *sanitasyon reformuna* yol açarak, işçi sınıfının yaşam ve barınma alanlarında sağlık yönünden önemli iyileşmeler sağlanmıştır.

Diğer yandan kırlardan kentlere göçen emekçiler, sanayi kentlerinde sözcüğün tam anlamıyla *kimsesizdir*. İngiliz hükümetinin emekçileri sermayeye mahkûm etmek amacıyla yoksullara yaptığı sosyal yardımlarda kısıntıya gitmesiyle birlikte (1830'larda kabul edilen yeni *Yoksulluk Yasaları*) işçiler cenazelerini kaldıramaz hale gelmişlerdir. Hastalıkları nedeniyle işe gidemeyen işçiler, sağlıkları yanında ücretlerinden de olmakta ve sağlıklı olmak, geçimini sağlayabilmenin önkoşulu haline gelmektedir.

İşçi sınıfının bu koşullara yanıtı iki koldan gelişmiştir: yardım sandıkları kurmak ve dinsel kurumlara sığınmak. İlk nüveleri 1750'lere kadar gerilere giden yardım sandıkları *(Friendly Societies)*, işçi sınıfının oluşturduğu ilk "gönüllü" sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Bu sandıklar ortaçağ zanaatkâr loncalarının dayanışma kurumlarına benzer. Ücretlerinin

bir kısmını sandıklara veren işçiler, hastalık ve ölüm durumlarında acil nakit gereksinimlerini bu sandıklardan karşılamaktadır. Benzer girişimlere ABD, Avustralya ve Avrupa'nın diğer sanayileşmiş ülkelerinde de rastlanmaktadır.

Batı toplumlarında kiliseler tarihsel olarak toplumun muhtaç kesimlerinin sığındıkları kurumlar olmuştur. Ortaçağ toplumlarında bu işlevini büyük ölçüde yerine getirebilen kiliseler, kapitalist toplumlarda da muhtaçların yanında olmaya çalışmışsa da, toplumlar içinde yoksulluğun o döneme dek görülmedik boyutlara ulaşması nedeniyle bu işlevlerini yerine getirmekte yetersiz kalmışlardır.

İngiltere'de 1803 yılında 704.350 üyesi bulunan 9672 işçi yardım sandığı bulunmaktadır. İngiltere 1911 yılında sosyal güvenlik yasasını kabul ettiğinde yardım sandıklarının üye sayısı 6,6 milyona ulaşmıştır. Bunlar dışında kayıtsız yardım sandıklarına üye olan işçiler de vardır.

İşçi sınıfının bilinçlenmesi ve sermayeye karşı haklarını korumak için örgütlenmesi sürecinde önemli bir rol oynayan "yardım sandıkları", bu dönemde sendikaların ve işçi sınıfı partilerinin en önemli mali kaynağıdır. Önceleri hastalanan işçiler sandıktan para çekerek kendi sağlık sorunlarını kendileri çözerken, giderek sandıklar hekimlerle sözleşme yaparak üyelerine tıbbi bakım hizmeti sunmaya başlamışlardır. ABD ve İngiltere'deki bu tür girişimlere ilk örnekler Eagles, Moose ve Foresters gibi dayanışma örgütleridir.

Kendinde sınıftan kendisi için sınıfa

Marx'a göre siyasal mücadelenin sınıfların etkin bir toplumsal güç haline gelmesinde özel bir yeri vardır. Sınıf mücadelesi işçilerin bilincinde var olan çelişkileri keskinleştirir ve ufkunu düzenin değişmesi gerektiği inancı doğrultusunda genişletir. Bir başka deyişle işçi sınıfını "kendinde" bilinç uğrağından "kendisi için" bilinç uğrağına taşır.

On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında işçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyinin artışıyla birlikte sağlık ve sosyal güvenlik talepleri *politikleşmeye* başlamıştır. Avrupa'yı saran 1848 ayaklanmaları sırasında Almanya'da *Tıp Reformu* dergisini yayınlamaya başlayan Rudolf Virchow, işçilerin sağlığını güvence altına almanın *devlet* sorumluluğunda olması

gerektiğini savunmuştur. İlk olarak 1848 yılında kaleme aldığı *Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu*'nda işçiler için tıbbi bakımın örgütlenmesini talep eden Virchow, hastanelerde yoksullardan ücret talep edilmesini eleştirmekte ve kamusal olarak finanse edilen ve kamusal olarak sunulan bir tıbbi bakım sistemi önermektedir.

Virchow ile birlikte *Tıp Reformu* dergisini çıkartan Solomon Neumann, 1847 yılında yayınlanan *Kamu Sağlığı ve Mülkiyet* başlıklı kitabında, devletin işçilere sağlık hizmeti sağlama yükümlülüğünü çok ilginç bir gerekçeyle savunmuştur. Varlık nedenini insanların *mülkiyet hakkını korumak* olarak tanımlayan Alman devletine, işçi sınıfının *emeğinden* başka mülkü olmadığını ve bu mülklerinin sağlıklı olmalarına bağlı olduğunu, eğer Alman devleti mülkiyet hakkını koruyacaksa, işçilere sağlık hizmeti sunması gerektiğini söylemiştir.

Rudolf Virchow emekçilerin sağlık taleplerini 1850'li yıllarda şöyle formüle etmiştir:

- Sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanı
- Sağlık hizmetlerinin devlet kurumlarında, devlet görevlisi sağlık emekçileri tarafından ücretsiz sunumu
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi

Komünist Manifesto'nun "hayaleti" Avrupa kentlerinden Paris'i ele geçirdiğinde, egemen sınıflar işçi sınıfının *yönetmeye* muktedir olduklarının farkına varmışlardır. Artık işçi sınıfının talepleri daha ciddi değerlendirilecektir. 1871 Paris Komünü'nün sağlık alanındaki uygulamalarına ilişkin pek az veri bulunmakla beraber, komünü izleyen yıllarda sağlık talebinin işçi sınıfı partilerinin programlarında yer almaya başladığı görülmektedir.

Navarro'ya göre Paris Komünü'nün Bismarck ve komüne tanık olan sosyal politika danışmanı Hermann Wagener üzerinde büyük etkisi olmuştur. Bismarck Alman işçi sınıfının mücadelesini söndürebilmek için bir yandan Sosyal Demokrat Parti'ye yönelik baskıcı tedbirler alırken, diğer yandan işçileri sosyalist düşüncelerden uzaklaştırmak için bir sağlık sigortası programı kurmuştur.

Almanya'da işçiler on sekizinci yüzyıldan itibaren kendi aralarında yar-

dım sandıkları kurmaya başlamışlardır. Bu sandıklar giderek işçi dernekleri, birlikleri, sendikaları ve partilerinin gelişmesine katkı sağlamıştır. 1870'lere gelindiğinde Almanya'da güçlü fakat dağınık bir işçi sınıfı hareketi oluşmuştur. 1875 yılında Lasalle önderliğindeki *Genel Alman İşçileri Birliği* ile Bebel ve Liebknecht liderliğindeki *Sosyal Demokrat İşçi Partisi* birleşmiş ve *Alman Sosyal Demokrat Partisi* kurulmuştur. Her ne kadar parti işçi sınıfının Komünist Manifesto'da belirlenen programından uzak olsa da, Alman egemen sınıfları için ciddi bir tehlike oluşturmaktadır.

Alman Sosyal Demokrat Partisi (ASDP) tarafından tehdit edilen burjuvazi, Paris Komünü'nün Berlin'de yinelenmesini engellemek amacıyla bir yandan 1878 yılında sosyalist örgütlenme ve toplantılar ile sosyalist yayınların yasaklanmasına ilişkin bir yasa ile ASDP'ye acımasızca saldırırken, bir yandan da bu parti etrafında birleşen emekçileri bölmek amacıyla bir sosyal güvenlik reformu hazırlamaya başlamıştır.

İlk olarak 15 Haziran 1883'te *İşçi Sağlık Sigortası Yasası* (Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter) kabul edilerek, yıllık geliri 2 bin Mark'a kadar olan sanayi emekçileri zorunlu ulusal sigorta kapsamına alınmıştır. 6 Temmuz 1884'te tehlikeli işlerde çalışanlar için *Kaza Sigortası Yasası* (Unfallsversicherungsgesetz) kabul edilmiştir. 13 Temmuz 1887'de denizcilik sektöründe de kaza sigortası uygulamaya girmiş ve kaza sigortası zamanla inşaat, tarım ve orman işçilerini de kapsamıştır.

Böylece bir yandan emekçilere *taleplerini* karşılayacak tek partinin ASDP olmadığı mesajı verilirken, diğer yandan da sağlık ve sosyal güvenlik *korporatist* bir anlayışla sunularak, emekçiler gelirlerine ve mesleklerine (niteliklerine) göre farklı sigorta şemsiyeleri altına alınarak bölünmüştür. Ancak Alman işçi sınıfı içinde devrimci eğilimler güçlenmeye devam ettikçe, Alman egemen sınıflarının "ödünleri" de devam etmiştir. 22 Haziran 1889'da *İşçiler, Ustalar ve Çıraklar İçin Yaşlılık ve Sakatlık Sigortası Yasası* (Gesetz über Invaliditäts und Alterssicherung für Arbeiter, Gehilfen und Lehrlinge) kabul edilmiştir.

Bu gelişmeler üzerine Alman Sosyal Demokrat Partisi 14 - 21 Ekim 1891 tarihlerinde toplanan Erfurt Kongresi'nde yeni talepler ortaya koymuştur. Kabul edilen yeni parti programında yer alan 10 genel talepten

biri, "*ebelik hizmeti ve ilaçlar dahil ücretsiz sağlık hizmeti*" olarak formüle edilmiştir. Ayrıca program, işçi sınıfının korunması için etkili bir ulusal ve uluslararası İşçi Koruma Yasası talep etmektedir. Bu yasada normal işgününün en çok 8 saat olması, 14 yaşından küçük çocuklara çalışma yasağı, doğası gereği kamu yararı ya da teknik nedenlerle kaçınılmaz olan sanayi kolları dışında gece mesaisinin yasaklanması, haftada en az 36 saat kesintisiz dinlenme süresi ve ücretlerin ayni olarak ödenmesinin yasaklanmasının yer alması talep edilmektedir.

Yine programda, İmparatorluk İş Kurumu, Bölge İş Kurumları ve İş Odaları tarafından kırda ve kentte tüm ticari işyerlerinin denetimi, iş koşullarının tespiti ve düzenlenmesi, işyerlerindeki hijyen koşullarına etkili müdahale talep edilmiştir. Ayrıca kırsal kesimdeki işçi ve hizmetlilere sanayi işçileri ile eşit yasal koşullar sağlanması, iç hizmet yönetmeliklerinin kaldırılması, örgütlenme hakkının sağlanması, işçilerin etkili bir biçimde yönetime katılmalarıyla işçi sigortasının tümünün devlete (imparatorluğa) devri istenmektedir.

Bu talepler karşısında 10 Nisan 1892'de *Sağlık Sigortası Yasası* (Krankenversicherungsgesetz) kabul edilmiş ve daha önce kabul edilen sigorta yasalarının kapsamı daha da genişletilmiştir. Almanya'da burjuvazinin bu hamlesi, kuşkusuz emek için tarihsel bir sendikal kazanım olmakla birlikte, emeğin politik gücünü geriletmekte oldukça başarılı olmuştur. Emekçilerin bir kısmı emeğin taleplerinin yerine getirilmesi için mutlaka "devrime" gereksinim olmadığı, bu taleplerin "düzen içinde" de karşılanabileceği şeklindeki düşünceleri desteklemeye başlamışlardır.

Alman işçi sınıfının kazanımları dünya devrimci kamuoyunda büyük yankılar uyandırmış ve işçi sınıfı partileri programlarında sağlık ve sosyal güvenlik hakkı taleplerine yer vermeye başlamışlardır. 1894 yılında kurulan *Bulgaristan Sosyal Demokrat İşçi Partisi,* sosyal güvence talebini programına alırken, *Rus Sosyal Demokrat İşçi Partisi* 1903 yılında gerçekleştirdiği Kongre'sinde işçi sınıfının sağlık ve sosyal güvenlik talebini formüle etmiştir. Bolşevik Partinin 1912 yılında Prag'da gerçekleştirdiği 6. *Bütün Rusya Konferansı*'nda talepler daha da geliştirilerek Lenin tarafından kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi (kaza, hastalık, yaşlılık, iş

kaybı) önerilmiştir. Burada Lenin kamusal bir sigorta sisteminin ilkelerini tanımlamıştır:

- Bütün ücretliler ve aileleri kamusal sigorta kapsamına alınmalıdır
- İşçilere sakatlanma ve işsiz kalma durumlarında yardım sağlanmalıdır
- Telafi, sigortalı üzerine başkaca bir ödeme dayatılmaksızın önceki kazancına eşit olmalıdır
- Sigorta, sigortalıların yönetimindeki yerel ajanslar tarafından yönetilmelidir.

Almanya'nın öncülük ettiği bu gelişmeler kısa sürede kapitalist dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır. Avusturya 1888'de, Macaristan 1891'de, Lüksemburg 1901'de, Norveç, 1905'te hastalık sigortasını; İngiltere, 1908'de yaşlılık sigortasını, 1911'de bütün işçiler için hastalık ve malullük sigortasını ve bazı kategori işçileri için dünyada ilk kez işsizlik sigortasını; Fransa, 1910'da sınırlı bir uygulamayla yaşlılık sigortasını; İsviçre, 1911'de iş kazaları sigortasını; İsveç, 1913'te yaşlılık ve malullük sigortasını getirmiştir.

Navarro işçi sınıfının örgütlülük ve mücadelesi ile sağlık ve sosyal güvenlik alanında elde ettiği kazanımları aşağıdaki tabloda sergilemiştir:

Tablo 2. İşçi sınıfının örgütlülük ve mücadelesi ile sağlık ve sosyal güvenlik alanında elde ettiği kazanımlar.

Ülke	Emek Partisi	Sendika	Sosyal Sigorta
Almanya	1875	1868	1883
Avusturya	1888 - 9	1893	1888
Danimarka	1878	1889	1891
Norveç	1887	1877	1894
Fransa	1905	1895	1898
Belçika	1889	1910	1900
Hollanda	1894	1905	1901
İngiltere	1900	1868	1908
İsviçre	1888	1880	1911
İsveç	1889	1898	1913
İtalya	1892	1906	1914

Kaynak: Navarro, 1989.

Emek ve sermayenin sağlık ve sosyal güvenlik uygulamalarından beklentileri farklıdır. Emekçiler kendileri ve aileleri için gerek aktif olarak çalıştıkları dönemde, gerekse emekli olduklarında sağlık ve sosyal bakımdan güvence altında olmak arayışı içindeyken, sermaye yalnızca "canlı emek" ile ilgilidir. Emekçilere üretim dışında kaldıkları dönemlerde sağlık hizmeti ve sosyal güvence sağlanması sermayenin çıkarlarıyla örtüşmez.

Sosyalizme mesafeli duran aydınlar kapitalist toplumlarda sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimini *sınıf mücadelesinin* bir ürünü olmaktan çok, sanayi toplumunun "doğal" bir sonucu olarak görmek eğilimindedir. Ancak Navarro'nun yukarıdaki tablosunda aynı sanayileşme düzeyine sahip ülkelerde sağlık ve sosyal güvenlik yasalarının kabul edilmesi arasında bulunan *zaman farkı*, bu ülkelerdeki sınıf mücadelesinin önemini göstermektedir. Porter da "tersinden" bir yaklaşımla sanayileşmenin farklı aşamalarında bulunan İngiltere ve İsveç'te sosyal güvenlik yasalarının hemen hemen aynı yıllarda kabul edilmiş olmasının "sanayileşme mantığını" desteklemediğini belirtmektedir.

Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında kazanımların yitirilmesi ile işçi sınıfının bilinç ve örgütlülük düzeyindeki gerileme arasında da açık bir ilişki bulunmaktadır. OECD internet sayfalarından 1960 - 2013 döneminde emekçilerin sendikalaşma oranları incelendiğinde, hemen bütün üye ülkelerde emekçilerin sendikalaşma oranlarının 1960 - 1975 döneminde artış gösterirken, Reagan - Thatcher ekürisi öncülüğünde başlatılan saldırılarla birlikte hızla düşmeye başladığı görülmektedir (ilk yüzde 1975, ikincisi 2013 yılına ait): Avustralya 50.1 - 17; Avusturya 59 - 27.4; Kanada 34.3 - 27.2; Fransa 22.2 - 7.7; Almanya 35.8 - 21.3; İrlanda 52.6 - 29.6; İtalya 48 - 36.9; Japonya 34.5 - 17.8; Hollanda 37.8 - 17.6; Portekiz 60.8 - 20.5; İsveç 74.5 - 67.7; İngiltere 42 - 25.4; ABD 25.3 - 10.8 ve OECD ortalaması 34.7 - 16.9. Türkiye (1975 verisi yok) 1986 yılında 20.8 ve 2012'de 4.5.

OECD ülkeleri arasında bu dönemde emeğin örgütlülüğünü koruyabildiği ülkeler de vardır: İspanya, Belçika, Danimarka, Finlandiya ve Norveç gibi işçi sınıfının göreli güçlü olduğu ülkelerde sendikalaşma oranlarında kazanımlar olmasa da, en azından kayıp yoktur.

Son on yılı değerlendiren tablolara bakıldığında durum daha da vahimleşmektedir. 33 OECD ülkesi arasında son on yılda işçi sınıfının örgütlülüğünü koruyabildiği yalnızca üç ülke vardır: Şili, İtalya ve İspanya. Diğer ülkelerde sendikalaşma oranları azalmış; Türkiye'de bu azalma yüzde 50'yi aşmış ve sendikalaşma yüzde 9.5'den yüzde 4.5'e gerilemiştir. Bu yılların aynı zamanda sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında en büyük hak kayıplarının yaşandığı yıllar oluşu tesadüf değildir.

Sonuç olarak bir toplumda sağlık ve sosyal güvence düzeyinin, o toplumdaki işçi ve emekçilerin bilinç ve örgütlülük düzeyine bağlı olduğu, bir başka deyişle asıl belirleyici olanın sınıf mücadelesi olduğu söylenebilir.

Sağlığın toplumsal belirleyicileri dendiğinde ne anlamak gerekir?

Sağlıklı yaşam kültürünü veya sağlıklı davranışları yaşamın bir parçası haline getirmenin toplumun hekimler dahil, "yüksek öğrenim" mezunu kesimleri arasında dahi yeterince yaygınlaşamadığı ülkemizde[10], insanların sağlık ve hastalıklar konusundaki bilgi ve bilinç düzeyleri de oldukça sınırlıdır. Sağlık ve hastalıkların nedenleri ve bu durumları belirleyen faktörler toplumumuzun ezici çoğunluğu için hâlâ bir "sır" olmaya devam etmektedir.

Sağlık ve hastalıklar konusundaki bilinçsizlik, sağlık hizmetlerinden yalnızca *tıbbi* hizmetlerin (hekimlik hizmetleri) anlaşılmasında da önemli bir faktördür. Kabaca tanımlamak gerekirse, ortalama bir yurttaşımız için *sağlık hizmeti*, bir rahatsızlığı olduğunda gittiği hekimin kendisini muayene etmesi, gerekirse bazı tetkikler istemesi ve sonunda bir reçete yazması veya ameliyat etmesiyle sınırlıdır.

Oysa sağlığın ve hastalığın kök nedenlerinin, insanların maddi yaşam ve çalışma koşullarında, toplumsal yaşamın derinliklerinde yattığının farkına varıldığında, insanların *sağlık hizmeti* algısı değişir ve hekimlik hizmetleri sağlık hizmetinin "tamamı" olmaktan çıkarak, sağlık hizmetlerinin bir parçası haline gelir. Küba deneyimi, bu algı değişiminin toplumun

10 Ülkemizde yapılan araştırmaların çoğunda bireylerin eğitim düzeylerinin, sağlık davranışları üzerinde çoğu kez anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmektedir. Oysa gelişmiş batılı ülkelerde neredeyse devam edilen her eğitim yılının, bireylerin sağlıklı davranışları benimsemeleri üzerinde anlamlı fark yarattığı görülmektedir.

sağlığı üzerinde ne kadar önemli olduğunun en somut kanıtıdır.

1970'li yıllarda, dünyanın en yoksul ülkeleri arasında yer alan Küba'nın sağlık alanında elde ettiği başarılar, birçok "batılı" bilim insanının dikkatini çekmiştir. Yeterli sağlık personeli (özellikle hekim) olmamasına[11], sağlık alanındaki altyapı eksikliklerine, teknolojik bakımdan geri kalmışlığına ve en önemlisi sağlık için ayırabilecek yeterli kaynakları olmamasına karşın, sağlık göstergelerinde kısa zamanda büyük iyileşmeler sağlamış olan Küba, mercek altına alınmıştır.

Batılı bilim insanları, Küba'da sağlık alanında elde edilen başarıların arkasında, bu ülkede yaşayan insanların sosyal ve ekonomik koşullarında meydana gelen iyileşmelerin büyük rol oynadığını ve bunda ülke içinde mal ve hizmetlerin toplum içinde daha adil dağıtımının kilit bir rolü olduğunu göstermişlerdir[12]. Bu durumu, ABD'de tüberküloz mortalitesinin antibiyotiklerin keşfi öncesi dönemde yaşam koşullarının iyileştirilmesiyle azalmasına benzeten bilim insanları, Küba'da beslenme, güvenli su kaynakları, vektör kontrolü ve barınma koşullarının iyileştirilmesinin enfeksiyon hastalıklarının gerilemesine neden olduğunu tespit etmişlerdir.

Küba yöneticileri, 1959 devrimi öncesinde, bağımlı oldukları emperyalist merkezlerin talepleri doğrultusunda yalnızca şeker kamışı ve turizm endüstrilerine yoğunlaştıklarından, Küba halkının beslenme gereksinimlerini karşılamak için gerekli yatırımlar yapılmamış ve Küba okyanus ortasında bir ada olmasına karşın Kübalılar en kolay ve ucuz yoldan elde edilebilecek balık proteininden dahi yoksun kalmışlardır. Devrim hükümeti ilk iş olarak, Kübalıların beslenme gereksinimlerini karşılayabilmek için süt ürünleri, narenciye ve balıkçılık alanında önemli adımlar atmış ve kısa zamanda büyük başarılar elde etmiştir[13].

Okullarda çocuklara günde 1 litre süt dağıtılmaya başlanmış ve hamile ve emziren kadınların süt ürünleri tüketimi artırılmıştır. Böylece Küba'da insanların hastalıklara karşı dirençleri ve hastalıklarla baş edebilme ka-

11 Küba devriminden sonra ülkedeki hekimlerin ve öğretim üyelerinin çok büyük bir kısmı ülkeyi terk etmiştir. Bu konuda detaylar için bkz: Suárez ve ark, 2008: 5.

12 Bu konuda çok sayıda kaynak vardır fakat bizce en çarpıcı olan ABD ve Küba'yı sağlık hizmetleri bakımından kıyaslayan Sicko filmidir.

13 Tropikal iklime uyum sağlayan yeni inek türleri yetiştirilmiştir.

pasiteleri artmıştır. Küba devriminin efsanevi önderi Dr. Ernesto Che Guevara

> *"çocukların beslenmesi ve eğitimi, toprak sahiplerinin topraklarının, her gün bu topraklarda ter dökenlere dağıtılması görevi, Küba'da devrimin başardığı en büyük toplumsal tıp çalışmalarıdır"*

derken bunu kastetmektedir.

Kuşkusuz sağlığın toplumsal belirleyicileri beslenmeyle sınırlı değildir. Barınma, erken çocukluk bakımı, gelir, istihdam, eğitim gibi sağlığın diğer toplumsal belirleyicileri de en az beslenme kadar önemlidir[14]. Fakat en az bunlar kadar önemli olan diğer bir unsur, bireylerin ve toplumun *kendi sağlık sorunlarına kendilerinin sahip çıkmalarıdır.*

Küba'da devrim sonrasında *Devrimi Savunma Komiteleri* (DSK) kurulmuştur. Başlangıçta Kübalıların mahallelerinde yaşayanları karşıdevrimci sabotajlara karşı korumak amacıyla kurdukları bu komiteler, daha sonra sağlık alanında da önemli görevler üstlenmişlerdir. DSK'nin görevleri arasında bağışıklama, sanitasyon ve sağlık eğitimi gibi toplum sağlığı etkinliklerinin örgütlenmesi de vardır.

Diğer yandan Kübalı kadınların yüzde 75'inden fazlasının üyesi olduğu *Küba Kadınlar Federasyonu* (KKF), kadın sağlığı etkinliklerine de destek olmaktadır. KKF doğum kontrolüne ilişkin sağlık eğitimi programları düzenlemekte ve çalışan annelerin çocuklarına yönelik gündüz bakımı programlarını koordine etmektedir.

Ancak bu örgütlerin sağlık alanındaki en önemli işlevleri, *sağlık hizmetlerine toplum katılımının* temel mekanizmaları olmalarıdır. Küba 3 - 5 bin nüfuslu bölgelere ayrılmış ve her bölgedeki DSK ve KKF komitelerine, sağlıkçılarla birlikte bölgedeki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi görevi verilmiştir. Yani Türkiye dahil birçok ülkede olduğu gibi, toplumun sağlık gereksinimleri uzmanlar veya devlet tarafından belirlenmemekte, bizzat hizmeti alacak insanlar tarafından belirlenmekte ve örgütlenmek-

14 Bu konuda detaylı bilgi için bkz: Marmot ve Wilkinson, 2009.

tedir. Böylece tıbbi hizmetler ve sosyal hizmetlerin bütünleştirilmesi de sağlanmaktadır.

Buraya kadar yazılanların ardında, bizim Türkiye'de oldukça yabancısı olduğumuz bir düşünce yatmaktadır: Hastalık "bireysel" değil, "toplumsal" bir olgudur (sorundur) ve hastalıklarla mücadele etmek, hastaları iyileştirmek toplumun yükümlülüğüdür. 1850'li yıllarda temellerini F. Engels ve R. Virchow'un attığı bu düşünceye (toplumcu tıp) göre bir bireyin hasta olması o bireyin "kusuru" değil, "toplumun başarısızlığıdır" ve sağlık sorunlarının çözümü de bireysel değil toplumsal olmak zorundadır.

Sonuç olarak sağlığın toplumsal belirleyicileri dendiğinde, bireylerin içinde yaşadığı maddi yaşam ve çalışma koşullarının ve bu koşulları belirleyen yapısal faktörlerin (üretim tarzı, yönetim, ekonomi politikaları, toplumsal ve kültürel değerler gibi bireyin toplum içindeki konumunu belirleyen etmenler) anlaşılması gerekir.

Sağlığın toplumsal belirleyicileri sağlığı nasıl belirliyor?

Azrail'in mesaisinin çoğunu Paris'in yoksul semtlerinde harcadığının, Villermé tarafından bilimsel (istatistiksel) olarak kanıtlanmasının üzerinden neredeyse iki yüz yıl geçti. Geçtiğimiz iki asır boyunca toplumcu hekimler, sağlığın toplumsal belirleyicilerini gün yüzüne çıkartmaya çabaladılar. Bu çabalar kapitalist tıp tarafından sürekli baltalandı ve sağlık toplumsal boyutlarından soyutlanarak mikroplara, genlere veya bireysel tercihlere ve davranışlara (yaşam tarzı) hapsedilmeye çalışıldı. Ancak güneşin balçıkla sıvanması olanaksızdı ve bugün etkinliklerini Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu güdümünde sürdüren Dünya Sağlık Örgütü dahi, sağlığın toplumsal belirleyicilerinin önemini kabul etmek zorunda kaldı.

Günümüzde artık sağlıkta görülen toplumsal eşitsizlik yokuşunun varlığı tartışılmıyor ve toplumsal yokuş kapitalist tıp tarafından dahi *veri* olarak kabul ediliyor. Şimdi tartışmanın konusu, toplumsal etmenlerin sağlığımızı belirleyip belirlemediği değil, sağlığı hangi mekanizmalar üzerinden belirlediğidir.

Sağlıkta toplumsal eşitsizlik yokuşu üzerine açıklamalar esas olarak üç grupta toplanabilir:

- Maddi / yapısal
- Davranışsal / yaşam tarzı
- Psikososyal

Maddi / yapısal açıklama daha çok *yoksunluklara* vurgu yapmasıyla di-

ğer açıklamalardan ayrılır. Toplum içindeki konumları (sosyo-ekonomik konum) daha düşük olan bireyler ve gruplar, fiziksel çevrenin olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalırlar (olumsuz barınma, beslenme, eğitim, istihdam vb koşulları) ve gereksindiklerinde sağlık hizmetlerine erişimleri daha kısıtlıdır. Yine birçok çalışmada esas olarak toplumun bu kesimlerine yönelik olan sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalardan paradoksal biçimde en az bu kesimlerin yararlanabildikleri ortaya konmuştur. İlk olarak Hart tarafından ortaya atılan *tersine bakım yasası* (inverse care law), sağlık hizmetlerinin en çok, bu hizmetlere en az gereksinimi olanlara gittiğini ifade etmektedir.

Davranışsal / yaşam tarzı açıklaması daha çok *mağduru suçlama* eğilimindedir. Kapitalist tıbbın benimsediği bu açıklamaya göre, düşük sosyo-ekonomik konumlarda yer alanlar maddi / yapısalcı açıklamada ifade edilen yoksunluklar nedeniyle değil, daha çok sağlıkla ilişkili olumsuz davranışlar (tütün kullanmak, kötü gıdalarla beslenmek vb) geliştirdiklerinden / sergilediklerinden daha sağlıksızdırlar. *Lalonde Raporu*'ndan beri öne çıkartılmaya çalışılan bu açıklama doğrultusunda sağlığı teşvik etkinlikleri, özellikle bireysel tercihleri değiştirmeye (sigarayı bırakma vb) yönelmiştir. Ancak bu sağlıksız davranışların bireylerin kişisel tercihleri olmadığı, bu davranışların da toplumsal olarak belirlendiği, son yıllarda birçok araştırmayla ortaya konmuştur.

Psikososyal açıklama esas olarak maddi / yapısalcı açıklamanın kimi açıklarını kapatarak bu alanda kapsamlı bir kavramsal çerçeve oluşturmaktadır. *Whitehall* çalışmasının ortaya koyduğu gerçekler ışığında, toplumsal eşitsizlik yokuşunun her bir basamağında sağlık bakımından anlamlı farklılıklar bulunması, bu farklılıkların tek başına "yoksunluklarla" açıklanamayacağını göstermiştir. Psikososyal açıklama, maddi / yapısalcı açıklamada sağlıksızlıkların belirleyicisi olarak ortaya konan sosyo-ekonomik koşulların, aslında sağlıksızlıkların içinde geliştiği *bağlamları* oluşturduğunu ileri sürmektedir. Bu sosyo-ekonomik koşullar (bireyin maddi yaşam ve çalışma koşulları), davranışsal ve psikobiyolojik mekanizmalar üzerinden bireylerde sağlıksızlıkla / hastalıkla sonuçlanır.

Bireylerin stres altında sigara, alkol veya uyuşturuculara yönelmele-

rinin bireylerin bireysel tercihleri olmadığını, aksine bireylerin bu tercihlere *itildiklerini* ifade edenler, düşük sosyo-ekonomik konumlarda olanların stresle başa çıkabilme olanaklarının da düşük olduğuna vurgu yapmaktadırlar. Navarro'nun *toplumsal mesafe* açıklaması da bu kapsamda değerlendirilebilir. Diğer taraftan stresörlere uzun süre maruziyetin kortizol üzerinden endokrin ve immün sistemler üzerine etkileri birçok çalışmada psikobiyolojik mekanizmalarıyla ortaya konmuştur.

Bireyin sosyo-ekonomik konumu, bireyin belli bir toplum içinde diğer bireylere göre *nerede* durduğunu anlatır. Kuşkusuz bu durum bireyin ait olduğu toplumsal sınıfla doğrudan ilişkili olduğundan, *sınıftan* bağımsız ele alınamaz. Kapitalist tıbbın ısrarla bireyleri ait oldukları sınıftan bağımsız ele alma çabalarına karşın, araştırmalarda kullanılan gelir, eğitim veya meslek gibi değişkenler, sağlıkta sınıf faktörünün yadsınamayacağını göstermektedir.

Bireyin sosyo-ekonomik konumunun en önemli belirteci *geliridir*. Çağdaş toplumlarda gelir, esas olarak istihdam veya sosyal transferlerle sağlanır. Bu nedenle gelir ile meslek ve eğitim arasında, gelirin *belirleyici* olduğu bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz. Bireyin maddi yaşam ve çalışma koşullarının belirlenmesinde gelir, kendisini ilk sırada gösterir. Bu anlamda gelir yalnızca sağlığın önemli bir toplumsal belirleyicisi olmakla kalmaz, aynı zamanda sağlığın diğer toplumsal belirleyicilerini de belirler.

Sovyetler Birliği'nde sosyalizmin çözülmesi sonrasında sağlık alanında yaşanan gelişmeler de, sağlığın toplumsal belirleyicilerinin sağlık üzerine etkilerini daha iyi anlamamızı sağlamıştır. Sovyetler Birliği döneminde eğitim ile sağlık arasındaki ilişki, diğer ülkelerde olduğu gibi eğitim düzeyi ile sağlık arasında doğru orantı olduğu şeklindedir. Ancak ilkokul mezunları ile üniversite mezunlarının, 20 yaşında iken 65 yaşına kadar hayatta kalma ihtimali karşılaştırıldığında, sosyalist dönem boyunca aralarında oldukça küçük bir fark olduğu ve bu farkın sabit olarak seyrettiği gözlenirken, sosyalizmin çözülmesinden sonra aradaki farkın her yıl biraz daha açıldığı görülmektedir.

Bu durum, sağlığın toplumsal belirleyicilerinin sağlığı nasıl belirledi-

ğini anlamak bakımından çok önemlidir. Sosyalist dönemde bireylerin eğitim düzeyi, onların sosyo-ekonomik konumları üzerinde *belirleyici* olmazken, kapitalizme dönüldükten sonra eğitim düzeyi ile sosyo-ekonomik konum arasındaki ilişki üniversite mezunları lehine değişmiştir. Artık daha yüksek eğitim almak, aynı zamanda toplum içinde daha prestijli konumlara gelmek ve daha yüksek gelir anlamına da gelmektedir. Eşitlikçi bir toplumda tek başına bireyler arasında sağlık bakımından anlamlı bir fark yaratmayan eğitim, eşitsiz toplumlarda önemli bir fark yaratmaktadır. Bu da sağlığın toplumsal belirleyicilerinin, sağlığı *toplumsal eşitsizlikler* üzerinden belirlediğinin açık bir göstergesidir.

Bu tespit, aynı zamanda *sağlıkta eşitliğin*, ancak *toplumsal eşitliğin* sağlanabildiği koşullarda mümkün olabileceğini göstermektedir. Sağlıkta eşitsizlikleri gidermek için yapılacak müdahalelerin, toplumsal eşitliğe hitap etmemesi halinde sağlıkta eşitlik sağlanabilmesi olanaksızdır. Nitekim toplumsal eşitsizlik kaynaklarına hitap etmeden, yalnızca "sosyal adalet" yoluyla sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmaya çabalayan İngiltere ve İskandinav ülkelerinde, geçtiğimiz yüzyıl içinde sağlıkta eşitsizliklerin azalmadığı, hatta bu ülkelerin bir kısmında daha da arttığı gözlenmiştir. Bu anlamda "herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti" ve "sağlık hizmetlerine daha fazla pay ayrılması" gibi önerilerin, toplumsal eşitlik yönünde adımlar atılmadıkça, başarı şansı yoktur.

Okuma 2
Sağlığa sınıf penceresinden bakmak

Gelişmiş sanayi ülkelerinde yirminci yüzyılın ikinci yarısında izlenen refah politikaları, bu ülkelerin uygarlık düzeyinin ve insana verdikleri değerin bir ürünü olarak gösterilir. Batıda iş adamlarının daha uygar oldukları için işçi haklarına daha saygılı oldukları, politikacıların daha uygar oldukları için toplumun dezavantajlı kesimlerini gözettiği ve insanların daha uygar olmaları nedeniyle böyle bir düzeni hak ettikleri varsayılır.

Kuzey British Columbia Üniversitesi Ekonomi departmanından Jalil Safaei böyle düşünmüyor. Safaei'ye göre, sanayileşmiş ülkelerde geniş ölçüde uygulanan refah politikaları, Birinci Paylaşım Savaşı ile izleyen Büyük Depresyon ve İkinci Paylaşım Savaşı süreçlerinde yaşanan sosyal ve ekonomik sıkıntılara bir yanıt olarak ortaya çıkmıştır.

Gelişmiş sanayi ülkelerinde emekçilerin giderek radikalleşmesinin ve politik arenada ağırlığın radikal sol hareketlere kaymasının, Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerindekiler gibi bir devrime yol açabileceğinden ürken egemen sınıflar, daha uygar olduklarından, insan yaşamına değer verdiklerinden değil, devrimden korktuklarından emekçilerin çalışma ve yaşam koşullarında önemli iyileştirmeler yapmak zorunda kalmışlardır. Safaei bu kapsamda gerçekleştirilen refah devleti veya sosyal güvenlik ağı uygulamalarının, bir anlamda kapitalist sanayi toplumlarında komünizm tehdidine karşı bir tür *sosyopolitik aşı* olarak hizmet ettiğini ifade etmektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'den Halk Sağlığı profesörü Ga-

zanfer Aksakoğlu da geçtiğimiz yüzyılda İngiltere'de kurulan Ulusal Sağlık Sistemi'nin, medeni İngilizlerin insan haklarına duyduğu saygı veya insan hayatına verdikleri değer nedeniyle değil, İngiliz "işçilerinin SSCB emekçilerini örnek alarak ayaklanmasını önlemeye dayalı genel stratejisi çerçevesinde, temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmetini, yerinde sunmayı" kararlaştırmasıyla, "ülkede yaşayan tüm bireylere tam olarak parasız hizmet sağlamak üzere 1948'de devreye" girmiştir.

Refah politikaları ile eşgüdüm içindeki sermaye birikimi, 30 yıl kadar süren göreli uzun bir ekonomik gönenç yaratmıştır. Kapitalizmin altın çağı olarak adlandırılan bu dönemde sanayileşmiş ülkelerde yaşayan insanların ezici çoğunluğunun gelirleri ve yaşam standartları önemli ölçüde iyileşmiştir. Bu süreçte sanayi ülkelerinde politik dengelerin değişmesi ve emekçiler arasında radikal eğilimlerin zayıflaması, bu ülkelerin egemen sınıfları arasında sosyopolitik aşının devamına gerek olup olmadığı tartışmalarını başlatmıştır.

Bu dönemde petrol fiyatlarında tırmanışla kendisini gösteren arz şoklarının da etkisiyle, o güne kadar ekonomik istikrar ve gönenci sürdürmekte oldukça başarılı olan Keynesçi politikalar sorgulanmaya başlamıştır. Bu ortamda bırakınız yapsınlar ekonomisinin hortlamasıyla serbest piyasacı kapitalizm yanlıları, İngiltere'de Thatcherizm ve ABD'de Reaganomi ile şahlanmışlardır.

Mooney'e göre Keynesçiliğin sonunu, 1970'li yılların ortalarında kapitalizmin Washington Uzlaşısı ile yeni bir aşamaya evrilmesiyle ortaya çıkan neoliberalizm getirmiştir. Neoliberalizm, kapitalizmin eski aşamalarıyla kıyaslandığında, devletin artan biçimde şirketleşmesidir.

Neoliberal politikalar neler vaat etti?

Neoliberal düşünce üç sacayağı üzerinde oturuyordu:

- Devletin ekonomik ve sosyal yaşama müdahalesinin azaltılması,
- Piyasanın yaratıcı enerjisini özgürleştirmek için emek ve finans pazarlarının serbestleştirilmesi,
- Emek, sermaye, mal ve hizmetlerin hareketi önündeki bütün engellerin kaldırılarak, ticaret ve yatırımın önünün açılması.

Bu şekilde zenginlik ve refah artacak, bundan "herkes" yararlanacaktı:

kazan - kazan durumu. Kanıt için geometri kullanılıyordu: pasta büyüyünce, herkesin pastadan aldığı pay da büyüyecekti. Her şey bu kadar açık ve basitti.

Bu politikaların sağlık sektörüne yansıması şöyle gerçekleşti:

- Toplumun sağlığında kamusal sorumluluk azaltıldı
- Sağlık hizmeti pazarı genişletildi
- Devlet tarafından finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri, sigortaya dayalı sağlık hizmetlerine dönüştürüldü
- Tıbbi hizmetler özelleştirildi
- Hastalar müşterileştirildi ve sağlıkta planlama piyasaya bırakıldı
- Bireyler kendi sağlıklarından sorumlu kılındı
- Sağlığın teşviki bireylerin davranışlarının değiştirilmesine indirgendi

Sonuçta hemen hemen dünyanın her yerinde sağlık hizmetleri özelleştirildi; vergi muafiyetlerinden, vergi indirimlerine kadar çeşitli mali politikalarla palazlandırılan özel sigorta şirketlerinin sağlık sektöründeki rolü artırıldı; kamusal hizmetlere katkı ve katılım payları ile kullanıcı ücretleri getirilerek piyasa mekanizmalarına ayak uydurmaları sağlandı.

Bu süreçte dikkat çeken bir olgu da biyomedikal ve genetik alanlarında yatırımların (hem kamuda, hem de özelde) artırılarak, tıbbi teknoloji ve ilaç sektörünün güçlendirilmesi oldu. Bu alana yapılan yatırımların vergilerle desteklenmesi, bir başka deyişle toplumun kaynaklarının tıbbi - sanayi komplekse aktarılması, bu alanlarda elde edilecek başarılarla sağlık sorunlarının çözüleceği şeklindeki on dokuzuncu yüzyıldan kalma "sihirli mermi" inancına dayanan biyomedikal yaklaşımla meşrulaştırıldı. İnsanlar tıbbi - sanayi kompleksin geliştireceği yeni teknolojiler ve ilaçlarla veya gen mühendisliğinin başarılarıyla sağlık sorunlarından kurtulacaklarına ve sağlıklı, uzun bir ömür yaşayacaklarına inandılar.

30 yıl sonra

Açıkçası neoliberal kehanet 30 yıl içinde bir yönüyle büyük ölçüde gerçekleşti ve zenginlik küresel ölçekte inanılmaz boyutlarda arttı. Kehanetin tek kusuru "pasta" metaforuydu. Pasta gerçekten çok büyüdü, fakat pastadan "herkesin" aldığı pay artmadı, yalnızca bir kesimin payı büyüdü. Hem de diğerlerinin payları aleyhine.

Bütün neoliberal politikalardan toplumların sermaye sınıfları, işçi sınıflarının aleyhine; dünyanın emperyalist güçleri, bağımlı ve geri bıraktırılmış ülkeler aleyhine büyük kazanımlar elde ettiler. Geçen 30 yıl boyunca sınıf ve emperyalizm gibi kavramlar da buharlaştığından, bu gelişmeler "yeni" kavramlarla açıklanmaya çalışıldı: zengin ve yoksul.

Egemen sınıflar ve ezilen sınıflar yerine zenginler ve yoksullar, emperyalist ülkeler ve sömürülen ülkeler yerine yine zengin (gelişmiş) ülkeler ve yoksul (gelişmekte olan) ülkeler kavramları benimsendi. Kuşkusuz toplumlar ve dünya yalnız zenginler ve yoksullardan ibaret değildi, arada "orta halliler" de vardı. Bunun için ülkeler içinde "orta sınıflar" ve küresel ölçekte "orta gelirli" ülkeler kavramları öne çıkartıldı. Böylece yoksulluk daha kolay gizlenebilecekti: toplumun yüzde 1'ini oluşturan egemen sınıflarla, yüzde 99'unu oluşturan emekçi sınıflar yerine, toplumun en zengin yüzde 20'lik dilimiyle, en yoksul yüzde 20'lik dilimini kıyaslamak daha ferahlatıcıydı. Böylece geri kalan yüzde 60'ın haline şükretmesi sağlanabiliyordu. Kuşkusuz küresel ölçekte de bu yöntem aynı etkiyi uyandırıyordu.

Sınıf, sınıf, yine sınıf

Ne kadar sözcük oyunu yapılırsa yapılsın, toplumlar veya ülkeler hangi dilimlere bölünerek sıralanırsa sıralansın, gerçek güç kategorisinin sınıf kategorisi olduğunun üzerini örtebilmek mümkün değildir. Zengin ve yoksul kategorileri, toplumsal gerçekliği açıklayamaz.

Neoliberal ideoloji, egemen sınıfların ideolojisidir. Yalnızca dünyaya egemen olan emperyalist güçlerin değil, aynı zamanda dünyanın en yoksul ülkelerinde yaşayan egemen sınıfların da ideolojisidir. Neoliberal politikaların sonuçlarından yalnız emperyalist ülkelerin egemen sınıfları değil, dünyanın en yoksul ülkelerinin egemen sınıfları da büyük ölçüde kazanç elde etmişlerdir. Bu gerçeğin üzeri de, Kuzey ve Güney kavramlarıyla örtülmeye çalışılmaktadır.

Şüphesiz Brezilya'nın en yoksul insanları, Fransa'nın en yoksul insanlarından çok daha yoksuldur, fakat Brezilya'nın en zengin insanları, Fransa'nın en zengin insanlarından daha yoksul değildir. Hatta Doğu Baltimorlu bir niteliksiz işçinin doğuştan yaşam beklentisi, dünyanın en

yoksul ülkelerinden biri sayılan Bangladeş'in ortalama yaşam beklentisinin altındadır.

Söz Bangladeş'ten açılmışken, bu ülkenin yoksul insanlarının dünyanın en yoksul insanları olmalarına karşın, Bangladeş'in aslında sanıldığı gibi yoksul bir ülke olmadığını belirtelim. *New York Times*'da yayınlanan bir makalede, toprakların üçte ikisine sahip olan ve Bangladeş nüfusunun yüzde 16'sını oluşturan zengin Bangladeşlilerin, gelişmiş batılı ülkelerin zenginleri kadar zengin olduğu anlatılmaktadır. Bangladeş'te üretilen tarım ürünleri dünya pazarlarına dağılırken, dünyanın Bangladeşli yoksullar için gönderdiği gıda yardımlarının çok büyük bir bölümü devlet tarafından askerlere, polislere ve şehirlerdeki orta sınıflara sus payı olarak sübvansiyonlu fiyatlarla satılmaktadır.

Sağlıkta durum daha da dramatiktir. Dünya Sağlık Örgütü - Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporuna göre günümüzde Sierra Leone'da doğan bir kız çocuğu, bir mucize olup İsveç'te doğmuş olsaydı, 43 yıl daha uzun yaşama şansına sahip olacaktı. Böyle bir adaletsizliği ne matematik, ne biyoloji, ne de teolojiyle açıklamak mümkündür. Bunu yalnızca sınıfsal bir analiz açıklayabilir. Sermaye emekçilerin yalnızca emekgücüne, emeğinin ürününe değil, bizzat kanına ve canına da el koymaktadır. Bunu hem küresel, hem de ulusal ölçekte yapmaktadır. Örneğin İngiltere'nin Glasgow kentinde yaşayan bir niteliksiz emekçi, İskoçya'nın en yüksek yüzde 20'lik gelir dilimine sahip insanlardan tam 28 yıl daha kısa bir yaşam sürebilmektedir.

Yoksulluğun sağlık üzerine olumsuz etkileri çok uzun zamandır bilinmektedir. Johann Peter Frank 1790 yılında yoksulluğu hastalıkların anası olarak tanımlamıştır. Günümüzde bu durum sayısız araştırmayla belgelenmiştir. Ancak Mooney'e göre yoksul olmak kötüdür, fakat eşitsiz bir toplumda yoksul olmak daha kötüdür. Nitekim Küba'da insanlar, dünyanın birçok ülkesindeki insanlardan çok daha yoksul olmalarına karşın, Küba'daki eşitlikçi toplumsal düzen, yoksulluğun sağlık üzerine olumsuz etkilerini ortadan kaldırmayı başarabilmiştir. Oysa dünyanın en zengin ülkelerindeki yoksul insanların durumu, Kübalıların durumuyla kıyaslanamayacak kadar kötüdür.

Sağlıktaki eşitsizlikler, sadece meslek, gelir veya eğitim düzeyindeki eşitsizliklerle, toplumsal cinsiyet veya etnik dezavantajlarla, sağlık hizmetlerine erişim bakımından eşitsizliklerle açıklanamaz. Sağlıkta eşitsizlikler, özünde sınıfsal eşitsizliklerdir. O halde sağlıkta eşitsizlikler, ancak sınıfsal eşitsizlikler ortadan kaldırılarak giderilebilir.

Sağlıkta eşitlik mümkün mü?

Her birimiz dünyaya ebeveynlerimizden aldığımız ve bizi birbirimizden ayıran genetik şifrelerimizle geliriz. Bu şifreler içinde bizi biz yapan fiziksel özelliklerimiz yanında, sağlığımızı belirleyen kimi etmenler de vardır. Diğer yandan insanlar yaşlandıkça gençlik yıllarında sahip oldukları sağlıklarını yitirmeye başlarlar. Dahası sağlıkta kadınlar lehine bir fark da vardır; hemen bütün ülkelerde kadınların doğuştan yaşam beklentisi erkeklerinkine göre daha uzundur. Son olarak şans faktörünün de sağlığımız üzerinde azımsanamayacak bir etkisi olduğunu biliyoruz. O halde sağlık bakımından "doğal" olarak bu kadar farklılıklar taşıdığımızı biliyor olmamıza rağmen nasıl "sağlıkta eşitlikten" söz edebiliyoruz? Dünyaya "sağlıklı" gelen bir bebek ile "... sendromuyla" doğan bir bebek sağlık bakımından nasıl eşit olabilir?

Kuşkusuz "sağlıkta eşitlik" derken yukarıda sayılan "doğal" farklılıklardan söz etmiyoruz. Sağlıkta eşitliğin konusu bu doğal farklılıklar değil, aksine "yapay" farklılıklardır. Yapay farklılıklara eşitsizlikler denir ve bunlar sistematiktir, toplumsal olarak üretilirler ve haksızdırlar.

Eşitsizlikler sistematiktir

Bir sağlık olayı veya olgusu toplum içinde "eşit" olarak dağılıyorsa, bir başka deyişle bu olay veya olgu bakımından bireyler arasındaki farklılıklar, yalnızca yukarıda kimi örnekleri sayılan "doğal" nedenlerle sınırlıysa, kaygılanacak bir durum yoktur. Söz konusu olay veya olgunun toplum içindeki dağılımı "eşitsiz" ise ve toplumun belli bir kesimi aleyhine tutarlı bir desen sergiliyorsa, bu durum, ilgili olay veya olgu bakımından siste-

matik bir eşitsizliğin göstergesidir ve genellikle farklı sosyo-ekonomik gruplar arasında görülür. Eşitsiz toplumlarda mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) hızlarının düşük sosyo-ekonomik gruplarda daha yüksek oluşu, sistematik bir desendir ve evrenseldir.

Eşitsizlikler toplumsal olarak üretilir

Eşitsiz toplumlarda sağlıkta biyolojik olarak belirlenen farklılıkların ötesinde, eşitsizlikler üreten sosyal süreçler vardır. Sağlıkta bu süreçlerden kaynaklanan eşitsizlikleri, sağlığın toplumsal belirleyicileri üretir. Sağlığın toplumsal belirleyicilerinin ürettiği eşitsizlikleri, sağlığın biyolojik belirleyicilerinin ürettiği sağlık farklılıklarından *ayırt eden* en önemli özellik, toplumsal belirleyicilerin ürettiği eşitsizliklerin *kaçınılabilir* oluşudur. Örneğin yoksul ailelerin çocuklarının, zengin ailelerin çocuklarına göre iki kat fazla ölmeleri gerektiğini emreden bir "doğa yasası" yoktur ve toplumsal süreçlerin eseri olan bu eşitsizlik yine toplumsal tedbirlerle azaltılabilir.

Eşitsizlikler haksızdır

Sağlıkta eşitsizlikler haksız bir toplumsal düzenin ürünü olduğundan, *haksızdır*. Kuşkusuz "hak" anlayışı bireyler ve toplumlar arasında az-çok farklılıklar gösterebilir. Ancak günümüzde evrensel olarak kabul edilmiş ve insanların ezici çoğunluğu tarafından benimsenmiş bazı *insan hakları* vardır ve *sağlık hakkı* da bunlardan biridir. Bir çocuğun salt ailesinin çocuklarına ilaç alacak parası olmayışı nedeniyle yaşamını yitirmesi hiçbir toplumda "haklı" (veya adil) bulunmaz. Aslında sağlığın *biyolojik olmayan* belirleyicilerinin yol açtığı bütün eşitsizlikler haksızdır. Sağlıkta toplumsal eşitsizlikler doğrudan veya dolaylı olarak sosyal, ekonomik ve çevresel etmenler tarafından yaratılır ve yine toplumun sosyo-ekonomik örgütlenişinin/yapısının şekillendirdiği yaşam tarzlarından da etkilenirler.

Sağlıkta "eşitlik"

Sağlıkta eşitlik, herkesin sağlık potansiyelini sonuna kadar kullanabilmesi ve kimsenin sosyal konumu veya sağlığın toplumsal olarak belirlenen diğer etmenleri bakımından dezavantajlı olması nedeniyle bu *haktan*

mahrum kalmamasıdır. Bunun başarılması için yalnızca sağlık için gerekli kaynakların toplum içinde daha adil dağıtılması ve insanlara sağlık hizmetlerine erişimde eşit fırsat sağlanması *yetmez*; sağlıkta eşitlik sağlanabilmesi için sağlıkta eşitsizlikler üreten haksız sosyo-ekonomik düzenin *değişmesi* gereklidir. Sağlıkta eşitlik ancak toplumsal kaynakların "herkese gereksindiği kadar" dağıtıldığı bir toplumda tam olarak sağlanabilir.

Toplumsal eşitsizlik yokuşu

Eşitsiz toplumlarda her şey eşitsizdir ve toplumu oluşturan bireyler eşitsizlikleri yaşamın akla gelebilecek her alanında yaşarlar. İnsanlar bu eşitsizlikleri yalnız bireysel düzeyde değil, aynı zamanda ait oldukları toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet (gender), etnisite bağlamlarında da yaşarlar. Kuşkusuz bunlar arasında belirleyici olan bireyin ait olduğu *toplumsal sınıftır*.

Literatürde toplumsal sınıfa ilişkin birçok tanım ve yaklaşım vardır. Bir bireyin ait olduğu sınıfı esas olarak bu bireyin *üretim ilişkileri içindeki konumu* belirler. Bu anlamda esas olarak iki sınıftan bahsetmek mümkündür: sermaye sınıfı ve işçi sınıfı. Ancak bu "temel" sınıfların çok "homojen" yapılar olmadıkları, kendi içlerinde "tabakalardan" oluştukları söylenebilir.

Toplumsal sınıfların sosyo-ekonomik gruplar (katmanlar) halinde hiyerarşik bir düzenle üst üste dizilmelerine, *toplumsal tabakalaşma* denir. Bu tabakalaşma içinde sermaye sınıfının en üst katmanında yer alan kesimler ile işçi sınıfının en alt katmanında yer alan kesimler arasında kalan katmanlara, Avrupa literatüründe genellikle *küçük burjuvazi*, Amerikan literatüründe *orta sınıflar* denmektedir.

Eşitsiz bir toplumda bireyler ait oldukları sınıfa göre sıralandıklarında en yoksulların en altta ve en zenginlerin en üstte yer aldıkları bir *toplumsal eşitsizlik yokuşu* oluşur. Bu yokuşun eğiminin (dikliğinin) derecesi, toplumun ne kadar haksız / adaletsiz bir toplum olduğunu gösterir. Toplum içinde "sınıf değişkeni" kullanılarak yapılan her araştırmada, araştırılan konu ne olursa olsun (eğitim, sağlık, barınma, istihdam vs), toplumsal katmanların toplumsal eşitsizlik yokuşunda sıralandığı görülecektir.

Yani işçi sınıfının en alt katmanları (örneğin işsizler) her konuda en altta kalmaya devam ederken, sermaye sınıfının en üst katmanları her konuda ayrıcalıklı olmaya devam edeceklerdir.

Toplumsal eşitsizlik kavramına ilişkin en önemli nokta, toplumsal sınıflar ve katmanlar arasında eğitim, sağlık, barınma, istihdam vs. gibi konulardaki eşitsizliklerin yalnızca yokuşun başı ile sonu arasında değil, *yokuş boyunca* her adımda kendisini göstermesidir. Yani yalnızca toplumun en alttaki yüzde 20'lik dilimiyle en üstteki yüzde 20'lik dilim arasında değil, örneğin toplumun en alttaki yüzde 20'lik dilimiyle bunun bir üstünde yer alan yüzde 20'lik dilim arasında veya örneğin toplumun en üstteki yüzde 20'lik dilimiyle bunun bir altında yer alan yüzde 20'lik dilim arasında da eşitsizlikler vardır.

Toplumsal mesafe

Toplumsal mesafe, bireylerin, toplumsal katmanların ve toplumsal sınıfların birbirleriyle olan *hiyerarşik ilişkilerini* anlatan bir kavramdır. Bu kavram özellikle sağlığın psikolojik ve sosyal yönlerini kavramakta çok önemlidir. Bir devlet dairesindeki müdür ile müstahdem arasındaki sağlık (veya başka bir alandaki) eşitsizlikleri, müstahdemin "yoksunlukları" ile açıklanabilir, fakat örneğin müdür ile müdür yardımcısı arasındaki sağlık eşitsizliklerini salt "yoksunlukla" açıklayabilmek olanaksızdır. Bu eşitsizlikler ancak toplumsal mesafe (sosyal) ve bu mesafenin insanlar tarafından nasıl algılandığı (psikolojik), buna ek olarak bu mesafenin ürettiği toplumsal bağlılık yokluğu ile açıklanabilir.

Toplumsal mesafeyi açıklamak için Navarro şöyle bir örnek verir:

> *"Bu durum Amerikalı bir yoksul (yılda 12 bin dolar kazanır) ve Ganalı orta sınıf birinin yaşam beklentileri karşılaştırıldığında açıkça görünür. Amerikalı yoksul muhtemelen Ganalı orta sınıf bireyden (yılda 9 bin kazanır) daha fazla maddi olanağa sahiptir. Amerikalının arabası, TV seti, büyük bir dairesi ve diğer eşyaları varken, Ganalının yoktur. Aslında dünya tek bir toplum olarak kabul edilse Amerikalı yoksul, dünyanın orta sınıf insanı ve Ganalı orta sınıf birey, dünyanın yoksulu olurdu. Fakat Amerikalı yoksulun yaşam beklentisi, bu gerçeğe karşın, Ganalı orta sınıf*

bireyden daha (tam olarak iki yıl) kısadır".

Navarro bu farkı şöyle açıklamaktadır:

"Amerika'da yoksul olmak, Gana'da orta sınıf olmaktan daha güçtür. Amerikalı yoksul için varlığının en kötü öğesi maddi kaynak yoksunluğu değil, toplumun geri kalanıyla arasındaki toplumsal mesafedir".

Yoksul Amerikalı, toplumun beklentilerini karşılayamamış, hayatta "başarısız" olmuş, *"Amerikan Rüyasının" dışına düşmüştür. O halde patolojinin asıl kaynağı maddi yoksunluk değil, bu "dışarıda kalmadır".* Bu güçsüzlük duygusu ve toplumsal dışlanmışlık Amerikalı emekçiler arasındaki hastalıkların kaynağıdır.

Navarro bu görüşünü toplumsal bakımdan daha tutarlı olan İsveç gibi ülkelerde sağlık göstergelerinin daha iyi olmasıyla destekler. Genellikle sosyal demokrat ve sosyalist partilerin iktidarda olduğu ve güçlü bir işçi sınıfı örgütlülüğüne sahip ülkelerde emekçiler, kendilerini Amerikalı emekçiler kadar güçsüz ve toplum dışına atılmış hissetmemektedirler ve bu nedenle Amerikalı emekçilerden daha az maddi olanaklara sahip olsalar da, onlardan daha sağlıklıdırlar.

Sağlık açığı

Bu kavram toplumsal eşitsizlik yokuşu ve toplumsal mesafe kavramlarıyla soyutlanan eşitsizlik olgusunun *somut* ifadesidir. Bilim insanları modern istatistik teknikleriyle toplumun en dezavantajlı katmanının, en avantajlı katmanının sağlık göstergelerine sahip olması halinde kaç yaşamın kurtarılabileceğini hesaplayabilmektedirler. Örneğin İngiltere'de 20 - 64 yaşları arasındaki çalışan bütün erkekler profesyonel veya yönetici konumdaki tabakanın mortalite (ölüm) hızına sahip olsalardı, 1990'ların başlarında yılda 17 bin daha az ölüm görülürdü. Bu fazladan 17 bin ölüme sağlık açığı denmekte ve bu açığın kapanması için çaba sarf edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Türkiye'den veriler

Türkiye dünya üzerinde toplumsal eşitsizlik yokuşunun en dik olduğu ve toplumsal mesafenin uçurum olarak tanımlandığı ülkeler arasındadır. Bu durumu ifade etmek için Gini Katsayısı kullanılmaktadır. Buna göre Türkiye 34 OECD ülkesi içinde gelir eşitsizliği bakımından sondan üçüncü sırada yer almaktadır[15].

Bu durum Türkiye'nin sağlıkta eşitsizlikler bakımından dünyanın en eşitsiz ülkeleri arasında olduğunu düşündürmektedir, ancak Türkiye'de araştırmacıların çalışmalarında sınıf değişkeni kullanma alışkanlıkları olmadığından ve ekonominin -resmi açıklamalara göre- en az yarısının kayıt dışı olması nedeniyle gelir değişkeni bireyin ait olduğu sınıfı yansıtmakta yetersiz kaldığından, sağlıkta eşitsizlikler yeterince belgelenememektedir.

15 Türkiye'den sonra Meksika ve Şili geliyor.

Sağlıkta "toplumsal yokuş"

Şüphesiz sağlık olayları içinde en dramatik olanı ölümdür; özellikle de vakitsiz ölüm... Diyalektik düşünce, insanın ana rahmine düştüğü veya diğer bir deyişle yaşamaya başladığı andan itibaren ölmeye de başladığını söyler. İnsan hayata adım attığı andan itibaren hem yaşama, hem de kaçınılmaz sonuna doğru yürümeye başlar. Fakat yine de insanlar ölüme değil, yaşama doğru ilerlediklerini düşünmeyi tercih ederler.

Ölümden öte köy var mı?

Sağlık istatistikleri içinde ölüm istatistiklerinin çok özel bir yeri vardır. Bu istatistikler, diğerlerine göre çok daha gerçek ve çok daha güvenilirdir. Bunlar arasında en çok kullanılanlar bebek/çocuk ölüm hızlarıdır.

Kuşkusuz ölüm insanın karşısına her an çıkabilir, fakat ölüm hızlarından yararlanılarak insanların doğuşta beklenen yaşam süreleri hesaplanabilir. 2011 itibariyle doğuşta beklenen yaşam süresi OECD ülkelerinde ortalama 79,8 yıl ve Türkiye'de 74,6 yıl olarak hesaplanmıştır[16]. Bu süre dolmadan gerçekleşen ölümlere erken veya vakitsiz ölüm diyebiliriz.

Ölümün ve hastalıkların insanlar arasında adil/eşit dağılmadığını ilk fark edenler hekimlerdir. Halk Sağlığı'nın babası olarak kabul edilen Johann Peter Frank, 5 Mayıs 1790 tarihinde Pavia Üniversitesi'nde düzenlenen mezuniyet töreninde yaptığı konuşmasında hastalıklar ve ölümün yoksullar arasında daha yaygın olduğunu vurgulamıştır.

16 http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population_20758480-table8 (Erişim: 7 Ekim 2013).

Tarihte ölümün zenginleri kayırdığını bilimsel olarak ortaya koyan ilk araştırmacı ise Louis-René Villermé'dir. Paris'in zengin semtleri ile yoksul semtleri arasında ölüm hızları bakımından anlamlı farklılıklar bulunduğunu sergileyen Villermé, yoksulluğun mortalite üzerine etkili olduğunu daha 1800'lü yılların başlarında bilimsel olarak kanıtlamıştır.

Toplumsal yokuş

Toplumsal eşitsizlikler ve sağlığa odaklanan toplumsal yokuş (social gradient) kavramı Marmot ve arkadaşları tarafından yürütülen *Whitehall* çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Willms toplumsal yokuşu, "özgül bir toplumda bireylerin sosyal çıktıları (social outcomes) ve sosyo-ekonomik durumları arasındaki ilişki" olarak tanımlamıştır. Kawachi ve arkadaşları da kavramın bireylerin sosyo-ekonomik durumu iyileştikçe sağlık durumlarının da iyileştiğine işaret ettiğini ve yokuşun bireyin geliri, mesleği veya eğitim durumu ile ölçülebileceğini belirtmişlerdir.

Marmot ve arkadaşları İngiltere'de 1967 - 1969 yılları arasında yaşları 40 ile 69 arasında değişen 18 bin kadar erkek kamu görevlisini incelemişlerdir. Daha sonra Ulusal Sağlık Servisi kayıtlarından bu bireyleri izlemeye başlayan ekip, çalışmaları sonunda hiç beklenmedik sonuçlara ulaşmışlardır.

Daha önce de belirtildiği gibi yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişki insanlar için bir sır değildir; fakat Whitehall çalışmasından önce bu ilişki "sağduyu" çerçevesinde yoksulların "yoksunlukları" bağlamında açıklanıyordu. Bir başka deyişle yoksulların ekonomik nedenlerle örneğin eğitim ve sağlık hizmetlerine erişemedikleri, iyi beslenip barınamadıkları için hastalıklara ve ölümlere daha fazla maruz kaldıkları düşünülüyordu. Oysa Whitehall çalışması kamu görevlileri hiyerarşisindeki "her basamakta" sağlık çıktıları bakımından farklılıklar ortaya koymaktadır.

Kuşkusuz bir devlet dairesindeki müdür ile müstahdem arasındaki sağlık farklılıkları eskiden olduğu gibi "yoksunluklar" ile açıklanabilirdi; fakat örneğin müdür ile müdür yardımcısı arasındaki sağlık farklılıklarını salt "yoksunlukla" açıklayabilmek olanaksızdır. Navarro da yoksunluk ile açıklanamayan bu farkın nedenini, toplumsal mesafe ve bu mesafenin insanlar tarafından nasıl algılandığı, buna ek olarak bu mesafenin ürettiği

toplumsal tutarlılık yokluğu olarak tanımlamaktadır. O halde patolojinin asıl kaynağı maddi yoksunluk değil, bu "dışarıda kalmadır". Bu güçsüzlük duygusu ve toplumsal dışlanmışlık Amerikalı emekçiler arasındaki hastalıkların kaynağıdır.

Sağlığın sınıfsal belirleyicileri

Hipokrat, tıbbı "göklerden" yeryüzüne indiren, sağlığı ve hastalıkları "doğa-üstü" güçler yerine "doğal süreçlerle" açıklayan ilk hekim olarak bilinir. Tıp ilk kez Hipokrat döneminde bir bilim haline gelmiş, fakat Roma imparatorluğunun çöküşüyle birlikte, diğer bilimler gibi uzun bir süre ortaçağ (kilise) karanlığında kalmıştır. Tıbbın yeniden dirilişini Avrupa'daki aydınlanmacı harekete ve on dokuzuncu yüzyıldaki bilimsel buluşlara borçluyuz.

On dokuzuncu yüzyıl aynı zamanda Avrupa'da kapitalizmin feodal düzenin yerini aldığı ve toplumun hızla, bir yanda işçi sınıfı ve diğer yanda sermaye sınıfı olmak üzere kutuplaştığı bir dönemdir. Bu dönemde sermaye bütün toplumsal yaşamı (ve dolayısıyla toplumsal yaşamın önemli bir parçası olan sağlığı) kendi gereksinimlerine göre örgütlerken, işçi sınıfı da talepleri etrafında örgütlenmeye başlamıştır. Sermaye, sağlığı *bireysel* bir sorun olarak tanımlamaya ve insanların kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduğu düşüncesini yaygınlaştırmaya çalışırken, Marksist kuramın mimarlarından Engels, sağlığın ve hastalıkların *toplumsal* niteliğini gün yüzüne çıkartmıştır.

Avrupa'da bir "hayaletin" dolaşmaya başladığı yıllarda, Engels'in düşüncelerinden etkilenerek diyalektik ve tarihsel maddeci yaklaşımı tıbba ve sağlığa uygulayan Virchow, Yukarı Silezya Tifüs Salgını üzerine yazdığı raporunda toplumcu tıbbın temellerini atmış ve işçi sınıfının sağlığa bakışını ortaya koymuştur. Salgınların yalnızca tıbbi müdahalelerle önlenemeyeceğini belirten Virchow, hastalıklarla mücadelede başarı için tam

ve sınırsız demokrasi ve demokratik hükümet çağrısı yapmıştır.

Yirminci yüzyıl boyunca Virchow'un düşünceleri başta Sovyetler Birliği olmak üzere emeğin iktidara geldiği veya toplum içinde önemli bir güce ulaştığı toplumlarda ete-kemiğe bürünmüş ve sağlık sorunlarıyla mücadelede büyük başarılara imza atmıştır. Sermayenin egemen olduğu ülkelerde ise tıpta, sağlığı politik, sosyal, ekonomik, kültürel ve ideolojik boyutlarından "arındırıp" salt biyolojiye indirgeyen biyomedikal yaklaşım egemen olmuştur. Son yıllarda biyomedikal yaklaşım, insanların yaşam tarzlarını ve sağlıkla ilişkili davranışlarını da kapsayarak (davranışçı model) kısmen genişlemiştir.

Biyomedikal yaklaşım (ya da kapitalist tıp), tek tek bireylerin, bireysel sağlık sorunlarıyla ilgilidir ve bu sorunları birey düzeyinde "çözmekte" göreli olarak başarılıdır. Her ne kadar sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yalnızca hastalık ve sakatlığın yokluğu değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmış olsa da, kapitalist ülkelerdeki tıp pratiği yirminci yüzyıl boyunca sağlığı, hastalığın ve sakatlığın yokluğu olarak görmeyi sürdürmüştür.

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru sağlık, başta Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere dünyanın birçok coğrafyasında büyük bir krizin içine girmiştir. Tıptaki ve tıbbi teknolojideki devasa ilerlemelere karşın sağlık sorunlarının giderek tırmanması ve sağlık harcamalarının gelişmiş kapitalist ekonomileri dahi zorlayacak boyutlara ulaşması üzerine, sağlıkta "yeni" arayışlar içine girilmiştir. Bu dönemde sağlıkta eşitsizliklerin "küresel" ölçekte gizlenemez hale gelmesi, sağlıkta eşitlik ve sağlığın toplumsal belirleyicileri temalarının öne çıkmasına neden olmuştur.

Sağlığın toplumsal belirleyicileri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında kurulan *Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu* (DSÖ-STBK), çalışmalarını 2008 yılında tamamlayarak, sağlıktaki eşitsizliklerin toplumdaki eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıktığı ve sağlıktaki eşitsizliklere insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullardaki eşitsizliklerin neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. İnsanları "hastalıkların değil, eşitsizliklerin öldürdüğü" gerçeğini kanıtlarıyla gözler önüne seren komisyon, toplum-

sal eşitsizliklerin itici gücünün de güç, para ve kaynaklardaki eşitsizlikler olduğunu ilan etmiştir.

Sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, sağlığı ve iyiliği şekillendiren bir dizi birbirleriyle karşılıklı etkileşim içinde olan etmenleri veya sağlığın toplumsal belirleyicilerini vurgulamaktadır. Bunlar, maddi koşullar, sosyal ortam, psikososyal etmenler, davranışlar ve biyolojik etmenleri kapsar. Bu etmenler, bireylerin sosyal konumu, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelirleri, toplumsal cinsiyetleri ve etnik kökenlerinden etkilenir. Bireylerin içinde yaşadığı sosyo-politik, kültürel ve toplumsal bağlamların da bunların hepsi üzerine etkileri vardır.

Sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımına göre, erken çocukluk gelişimi ve eğitim, istihdam ve çalışma koşulları, barınma ve mahalle koşulları, yaşam standartları ve toplumsal zenginliklerden yararlanmaktaki eşitsizlikler, bireyler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin temelini oluşturmaktadır. O halde sağlık sorunlarının çözümü, bu koşulların iyileştirilmesinden geçmelidir.

Özetle sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımı sorunu, sosyal ve ekonomik kaynaklara erişim sorunu olarak tanımlamaktadır. İnsanların kaynaklara erişimi sağlanabilirse, diğer bir deyişle insanlar iyi bir işe sahip olur, eğitim düzeyleri yükselir, erken çocukluk bakımı sağlanır, sağlıklı barınma ve beslenme şartlarına kavuşur, toplumdaki ayrımcılıklar azaltılırsa sağlıktaki eşitsizlikler de azaltılabilecektir. STBK, bunların başarılabilmesi için devletin temel hizmetleri sağlamasını, uluslararası kuruluşların bu konuda yardımcı olmasını ve devletin "yet(e)mediği" yerlerde özel sektörün ve hayır kurumlarının da devreye girmesini önermektedir.

STBK'nın önermeleri ilk bakışta oldukça çekici görünmektedir. Nitekim STBK'nın raporu yayınlandığında Türkiye dahil, dünyanın birçok coğrafyasında ilericiler ve aydınlar bu önermeleri hemen benimsemişlerdir. Sağlığımızın sosyo-ekonomik çevremizin bir sonucu olduğu ve bu nedenle eşitsiz toplumlarda sağlığın eşit dağılmadığı önermesinin altına hiç kuşkusuz herkes imza atabilir. Ancak insanları hastalıklar değil, eşitsizlikler öldürür diyen ve toplumsal eşitsizliklerin insanları nasıl öl-

dürdüğünü büyük bir başarıyla ortaya koyan komisyonun, "katilin" adını koymaktan kaçındığı dikkati çekmektedir.

STBK'nın bu tutumuna karşı çıkan Navarro'ya göre asıl katil toplumsal eşitsizlikler değil, öldüren eşitsizliklerden çıkar sağlayanlardır. Komisyonun bu sonuca ulaş(a)mamasının nedeni, güç kategorilerini (sınıf gücü, toplumsal cinsiyet, etnik güç vb) ve politik kurumlarda gücün nasıl üretildiğini ve yeniden üretildiğini ağzına almaktan kaçınmasıdır. Komisyon birçok yerde kaynakların yeniden dağıtılması gerektiğine vurgu yapmakta, fakat bu kaynakların kimin elinde olduğu, nasıl ve hangi araçlarla yeniden dağıtılacağı konusunda sessiz kalmaktadır. Sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımının sağlığı kaynaklara erişimin belirlediği argümanı yetersizdir; sağlık üzerinde asıl belirleyici olan bu kaynaklara sahip olmak ve kaynakları kontrol edebilmektir. Bunun için de, başta işçiler ve emekçiler olmak üzere toplumun ezilen kesimlerinin güçlendirilmesi gereklidir.

İnsanların güçlendirilmesinin yolu, ülke yönetimindeki politik temsiliyetlerinin artırılmasından geçmektedir. Dünyanın birçok ülkesinde işçiler ve emekçiler, toplumun ezici çoğunluğunu oluşturmalarına karşın, ülkelerinin yönetiminde nüfus içindeki oranları ölçüsünde temsil edilememektedirler. Buna karşılık sermayedarlar, toplum içinde çok küçük bir azınlık oluşturmalarına karşın, ülke yönetiminde çoğu kez tek başlarına söz ve karar sahibidir. O halde politik kurumların temsiliyetinin, toplumu oluşturan kesimlerin nüfus içindeki ağırlıklarının yönetime yansıyacak şekilde yeniden düzenlenmesi önemli bir halk sağlığı girişimidir. İşçilerin ve emekçilerin ülke yönetiminde söz ve karar sahibi olmalarının sağlanması, bir toplumun sağlıklı olabilmesinin ve sağlık sorunlarıyla etkin mücadele edebilmenin önkoşuludur.

Sağlığa üç yaklaşım ve aralarındaki temel farklılıklar

Kapitalist tıbbın savunduğu ve uyguladığı biyomedikal ve davranışçı yaklaşım, toplumcu tıbbı savunanların bir bölümünün (sosyal demokrat) savunduğu sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımı ve yine toplumcu tıbbı savunanların diğer bir bölümünün (sosyalist) savunduğu sağlığın sınıfsal belirleyicileri yaklaşımı arasındaki temel farkları, bu yaklaşımların

günümüzde dahi çocukluk döneminde en sık ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan ishalli hastalıklara yönelik tutumlarına bakarak görmek mümkündür.

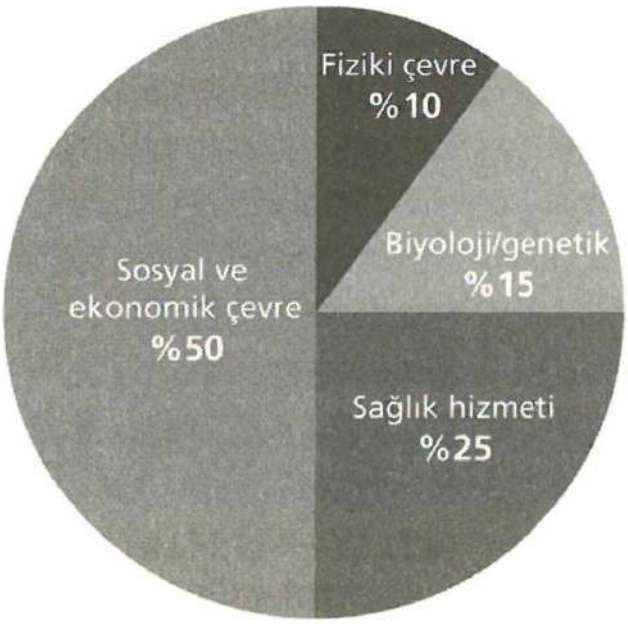
Biyomedikal yaklaşıma göre patojenler çocukların sindirim kanalında enfeksiyon oluşturur ve bu enfeksiyon su kaybına ve tedavi edilmezse ölüme yol açar. Davranışsal yaklaşım, çocuğun ölümünde çocuğun ve ailesinin davranışına vurgu yapar. Ellerin düzenli ve doğru biçimde yıkanmaması ve hijyen kurallarına uyulmaması, patojenin bulaşmasını kolaylaştırarak ishalli hastalıklara katkı yapar.

Sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımı, ölüme yol açan etmenlerin çocuğun enfekte olması ve sağlıksız davranışlarla sınırlı olmadığına vurgu yaparak, ailenin çocuk bakımı, temiz su, yerine koyma tedavisi, yeterli beslenme gibi kaynaklara erişimi bulunup bulunmadığını sorgular.

Sağlığın sınıfsal belirleyicileri yaklaşımı ise, son tahlilde, çocuğun ölümünde ailenin çocuğun ölümüne yol açan koşullar üzerinde ekonomik ve politik kontrolünün olmamasına vurgu yapar. Ailenin kendi gündelik yaşam koşullarını, geçim kaynaklarını, yaşamlarını sürdürmek için nasıl besleneceklerini kendilerinin belirleme gücü yoktur.

Sağlığın sınıfsal belirleyicileri yaklaşımına göre sağlık durumunu bir davranışsal, sosyal ve yapısal faktörler kompleksi belirler, ancak sosyal ve davranışsal faktörleri değiştirebilecek veya etkileyebilecek olan yapısal faktörlerdir. Toplumlar ancak sermaye, mali varlıklar, toprak ve üretimin mülkiyeti üzerinde kontrol sahibi olduklarında ve karar verme yapıları ile üst-yapı kurumları üzerinde politik kontrol sahibi olduklarında sağlığı belirleyen temel koşullara hitap edilebilir.

Grafik 1. Belirleyicilerin toplumun sağlık durumu üzerine tahmini etkisi



Kaynak Canadian Institute for Advanced Researched, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002

Okuma 3

Yoksulluk değil eşitsizlik hasta ediyor

Sağlıkta eşitsizlik dendiğinde, yoksulların yoksullukları nedeniyle yeterli beslenemediği, barınma koşullarının kötü olduğu, iyi bir eğitim alamadıkları, gereksinim duyduklarında sağlık hizmetlerine veya tedavi olanaklarına erişemedikleri için zenginlere göre dezavantajlı oldukları düşünülür. Kuşkusuz bunlar çıplak gözle görülebilecek gerçeklerdir fakat resmin yalnızca küçük bir bölümünü oluştururlar. Gözümüzü yakın çevremizden sınırlarımızın ötesine çevirdiğimizde, bir başka deyişle toplumumuzu diğer toplumlarla karşılaştırdığımızda tablo değişmeye başlar.

Sağlık göstergeleri arasında en sık kullanılanlar yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızıdır. Toplumlar ve toplumların farklı kesimleri bu göstergelere bakılarak sağlık durumları bakımından kıyaslanırlar. Whitehall çalışmaları bir toplum içinde toplumsal eşitsizlik yokuşunun her basamağında sağlık bakımından anlamlı farklılıkların bulunduğunu ortaya koymuştur. Ancak gelir düzeyi ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki toplum içinde değil, toplumlar arasında değerlendirildiğinde Whitehall çalışmalarının sergilediği dramatik tablo kaybolmaktadır.

GSMH'dan kişi başına 40 bin dolar düşen ABD ve 20 bin doların altında kalan Portekiz doğuştan yaşam beklentisi bakımından karşılaştırıldığında bu iki ülke arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (76 yıl). Örneklem genişletilerek diğer ülkeler tabloya eklendiğinde de, GSMH'dan 20 bin doların üzerinde pay alan ülkeler arasında doğuştan yaşam beklentisi bakımından büyük farklar olmadığı görülmektedir. Yani

toplum içinde zenginlerle yoksullar arasında görülen sağlık farklılıkları, toplumlar arasında kaybolmaktadır. ABD'de gelir düzeyi Portekiz'in iki katı olmasına karşın doğuştan yaşam beklentisi arasındaki fark bir yıl dahi değildir.

Eğer insanlar arasında sağlık bakımından eşitsizliklerin kaynağı zenginlik olsaydı, ülkelerin zenginliklerine göre sıralandığı tablo ile sağlık durumları bakımından sıralandıkları tablo üst üste konduğunda bire bir eşleşmeleri gerekirdi. Oysa örneğin dünyanın en zengin ülkesi olan ABD'nin sağlık göstergelerinin, dünyanın en yoksul ülkelerinden biri olan Küba'nın sağlık göstergelerinden çok iyi olmadığını biliyoruz. O halde sağlıkta eşitsizliklerin kaynağı zenginlik olamaz. Gerçekten de toplumlar zenginliklerine göre değil, eşitsizlik düzeylerine göre sıralandıklarında sağlık göstergeleri ile eşitsizlik düzeyleri arasında çok anlamlı bir ilişki ortaya çıkmaktadır.

Bir toplumun eşitlik düzeyi, o toplumun en zengin yüzde 20'lik kesiminin en yoksul yüzde 20'sinden ne kadar zengin olduğu ile tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler verilerine göre Kuzey ülkeleri olarak tanımlanan Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi ülkelerde en zengin yüzde 20'lik dilimle en yoksul yüzde 20'lik dilim arasındaki zenginlik farkı 4 kattan azken, Portekiz ve ABD gibi ülkelerde bu fark 8 kattan fazladır. TÜİK verilerine göre Türkiye'deki fark da 8 kat civarındadır. Toplumun en zenginleri ile en yoksulları arasındaki farkın büyüklüğü, o toplum içindeki gelir dağılımının adaletsizliğini ve eşitsizliğin daha büyük olduğunu göstermektedir.

Toplumlar zenginlik düzeylerine göre sıralandığında, zenginlik düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmezken, eşitlik düzeylerine göre sıralandıklarında, daha eşit toplumların, daha eşitsiz toplumlara göre çok daha sağlıklı oldukları gözlenmektedir. Ülkeler, toplum içindeki eşitlik düzeylerine göre sıralandığında doğuştan yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı gibi göstergeler daha eşit toplumlarda çok iyi iken, eşitsiz toplumlarda oldukça kötüdür. Bu durum bize önemli olanın gelir düzeyi değil, gelir/zenginlik eşitsizliği olduğunu göstermektedir. İnsanları yoksulluk değil, eşitsizlik hasta etmektedir.

Eşitsizlikler zenginlerin de sorunu

Eskiden eşitsizlikler dendiğinde akla hemen Sahraaltı Afrika veya Güneydoğu Asya ülkeleri gelir, eşitsizliklerin sağlık ve diğer çıktılar üzerine etkileri analiz edilirken bu ülkelerden örnekler verilirdi. Son yıllarda eşitsizliklere ilişkin literatürün odağında dramatik bir değişim yaşanıyor: Günümüzde eşitsizlikleri inceleyen yazarlar dünyanın en zengin ülkeleri üzerine yazmaya başladılar.

Geçtiğimiz günlerde İngiltere'de dünyanın en zengin ülkeleri arasında yer alan 30 ülkede (Kıbrıs ve Malta hariç 25 Avrupa Birliği ülkesi ve Kanada, Kore, Avustralya, Japonya ve Amerika Birleşik Devletleri) ekonomik eşitsizliklerin etkilerini değerlendiren bir kitap daha yayınlandı: *Changing Inequalities and Societal Impacts in Rich Countries. Thirty Countries' Experience.* Kuşkusuz eşitsizlikler konusunun odağına zengin ülkelerin yerleşmesinde 2007/2008 krizinin büyük bir payı var. Aradan yedi yıla yakın bir süre geçmesine karşın krizin boyutları üzerine tartışmalar sona ermiş değil. Dahası kimileri krizden çıkılmaya başlandığını söylerken, kimileri "yeni bir patlama" bekliyorlar.

Daha ileri gitmeden önce birkaç uyarı yapmak isterim: Bu makalede üzerine konuşacağımız ülkelerin hepsi kapitalist, yani doğaları gereği eşitsiz ülkeler. Bu ülkelerde üretim araçları üzerinde özel mülkiyete izin verildiği için, mülk sahibi insanlar, mülksüzlere göre daha zenginler ve yine kapitalizmin doğası gereği zenginler daha zenginleşirken, yoksullar daha yoksullaşmaya devam ediyorlar.

Kuşkusuz kapitalist ülkelerin hepsi için durum aynı değil ve aralarında ülke içindeki eşitsizliklerin boyutu bakımından çok büyük farklılıklar var. Örneğin dünyanın en eşitsiz ülkelerinden biri olan ABD, hemen kuzey komşusu Kanada ile kıyaslandığında, Kanada eşitsizlikler bağlamında sütten çıkmış ak kaşık gibi görünebiliyor. Oysa Kanada eşitsizlikler bağlamında İskandinav ülkeleriyle kıyaslandığında kaşığın pek de temiz olmadığı hemen göze çarpıyor. Fakat Kanada'nın da, Avrupa'nın en eşitlikçi ülkeleri olan İskandinav ülkelerinin de, son tahlilde özünde eşitsizlikler üzerine kurulmuş ülkeler olduğunu unutmamak gerekir.

İkincisi, kapitalist ülkelerde doğaları gereği gördüğümüz eşitsizlikler

geçen yüzyılda da vardı, fakat 20. yüzyılda bu ülkelerin büyük çoğunluğu tarafından izlenen sosyal devlet (welfare) politikaları nedeniyle bugün olduğu kadar görünür değildi. Günümüzde eşitsizlikleri daha görünür hale getiren, eşitsizlik uçurumunun inanılmaz boyutlara ulaşmış olmasıdır. Artık bu ülkelerde zenginler, birçoklarımızın gerçekten aklının alamayacağı kadar zengin, yoksullar da aynı şekilde birçoğumuzun kabullenemeyeceği kadar yoksul.

Yaklaşık 50 yıl önce, 1965 yılında Amerika'nın en büyük şirketlerinin CEO'ları, ortalama bir çalışanın 24 katı kadar kazanıyorlardı. Bu rakam 1970'lerin başına kadar bir miktar yükseldi, ancak sonraki dönemde, özellikle de 1980 sonrasında patlamaya başladı. 1978 yılındaki 35 kattan sonra, 1989 yılında 81 kat yakalandı. Ekonomideki patlama ve yeni ekonominin yükselmesi nedeniyle, 2000 yılında CEO ile ortalama çalışan ücreti arasındaki fark 300'e ulaştı.

Eşitsizliğin sağlık maliyeti

Ekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerine etkilerini ele alan en kapsamlı çalışmalardan biri de yine İngiltere'den çıktı. Daha önce İNSEV tarafından dilimize kazandırılan Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kitabının editörlerinden ünlü İngiliz epidemiyolog Richard G. Wilkinson ve meslekdaşı Kate Pickett editörlüğünde kaleme alınan *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better* (Su Terazisi: Neden Daha Eşit Toplumlar Daima Daha Başarılı) adlı kitap 2009 sonunda yayınlandı. Ne yazık ki ülkemizde yeterince ses getirmeyen bu kitap, genellikle "yeni" yayınları çevirmek moda olduğundan, en azından yakın gelecekte dilimize çevrilecek gibi görünmüyor. Oysa yazarlar kitapta çok önemli konuları ele alıyorlar ve büyük iddiaları var.

Yazarların en önemli iddialarından biri şu: daha eşit toplumların, daha eşitsiz toplumlara göre daha iyi olmalarının nedeni, daha eşit toplumlarda dezavantajlı bireylerin sayısının (ve oranının), daha eşitsiz toplumlara göre daha az olması değildir! Eşitsiz toplumlarda eşitsizliğin zararını zenginiyle, yoksuluyla bütün toplum çeker. Yani daha eşit toplumlarda insanlar zenginiyle, yoksuluyla daha sağlıklı iken, eşitsiz toplumlarda insanlar zenginiyle, yoksuluyla daha sağlıksızdır.

Şüphesiz yazarlar burada eşitlikçi bir toplumdaki en alt tabakanın, eşitsiz toplumdaki en üst tabakadan daha sağlıklı olduğunu iddia etmemektedirler. Yazarların anlatmak istediği, daha eşit bir toplumdaki en yoksul katmandakilerin, daha eşitsiz bir toplumdaki en yoksul katmandakilere ve daha eşit bir toplumdaki en zengin katmandakilerin, daha eşitsiz bir toplumdaki en zengin katmandakilere göre ortalamada daha sağlıklı olduklarıdır.

Wilkinson ve Pickett dünyanın en zengin ülkeleri ve ABD'nin 50 eyaletinde gelir eşitsizliğini inceleyerek, her gelir düzeyinde daha eşitsiz toplumların şu sorunlardan mustarip olduklarını kanıtlarıyla (birçoğu oldukça yakın zamanlarda yapılmış araştırmalar) ortaya koyuyorlar:

- daha düşük yaşam beklentisi
- daha yüksek bebek ölüm hızı
- daha çok cinayet
- daha fazla kaygı (anksiyete)
- daha fazla mental hastalık
- daha çok ilaç ve alkol bağımlılığı
- daha fazla obezite
- daha yüksek mahkûmiyet hızı
- daha az sosyal hareketlilik
- daha fazla çocuk hamileliği
- daha yüksek okul terk hızı
- okulda daha kötü performans
- daha fazla zorbalık (bullying)

Maddi yaşam standardı eşiği

İnsanlar binlerce yıldır yaşam kalitelerini artırmanın en iyi yolunun maddi yaşam koşullarını iyileştirmek olduğuna inandılar ve yaşamları boyunca sürekli daha fazla kazanmayı yaşamlarının neredeyse tek amacı haline getirdiler. Gerçekten de barınma ve beslenme gibi temel gereksinimleri karşılanan insanların daha sağlıklı, daha uzun ve daha kaliteli bir yaşam sürdürdükleri, kendilerini daha mutlu hissettikleri kimse için bir sır değildi. Ancak bunun bir sınırı olduğu yirminci yüzyılda ortaya çıktı.

Yirminci yüzyıl, insanlık tarihinde şimdiye dek görülmedik bir zengin-

leşmeye tanıklık etti. Dünyanın en yoksul uluslarının dahi maddi yaşam koşullarında geçen yüzyıllarla kıyaslanamayacak ölçüde büyük iyileşmeler sağlandı. Bu sayede dünyanın bütün coğrafyalarında bebek ölüm hızlarında dramatik düşüşler yaşanırken, buna paralel olarak yaşam beklentileri bir önceki yüzyılla dahi kıyaslanamayacak ölçüde arttı.

Ancak kişi başına düşen milli gelirin 10 bin dolar civarına erişmesiyle birlikte sağlık göstergelerindeki iyileşmenin duraklamaya girdiği görülmektedir. Bu noktadan sonra milli gelir ne kadar artarsa artsın, maddi yaşam koşullarındaki iyileşme kendisini yaşam beklentisinde artış olarak göstermemektedir. Hatta kişi başına düşen milli gelirin 40 bin dolar olduğu Norveç ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşam beklentisinin, bu gelirin 30 bin dolar civarında olduğu Japonya, Avustralya, İsveç ve Kanada gibi ülkelerin gerisinde kaldığı görülmektedir. Kuşkusuz çok daha çarpıcı olan, ABD'nin yaşam beklentisinin, kişi başına düşen milli geliri 10 bin doların altında olan Küba ve Kosta Rika gibi yoksul ülkelerin gerisinde kalmasıdır.

Benzer bir durum mutluluk için de geçerlidir. İnsanlar binlerce yıldır mutluluk düzeylerindeki iyileşmeyi de maddi durumlarının iyileşmesine bağlamışlardır. Oysa aynı yaşam beklentisinde olduğu gibi mutluluk da, kişi başına düşen milli gelir bir noktaya eriştiğinde sabit kalmaya başlamaktadır.

Dünya Bankası'nın mutluluk araştırmalarında kişi başına düşen milli gelirleri ABD'nin onda birinden dahi az olan bazı Afrika (Tanzanya, Mısır), Güneydoğu Asya (Vietnam, Endonezya) ve Latin Amerika (El Salvador) ülkelerinde insanların Amerikalılardan daha mutlu bulunması şaşırtıcıdır. Aynı yaşam beklentisinde olduğu gibi mutlulukta da insanlar temel gereksinimleri (barınma, beslenme vb) karşılandığı andan itibaren belli bir düzeye erişmekte, daha sonra bu düzey maddi yaşam koşullarının daha da iyileşmesiyle artış göstermemektedir.

Bu durumu şöyle açıklamak mümkündür: Aç insan için bir somun ekmek her şeydir; fakat bir somun ekmeğe ulaşıp açlığını giderdikten sonra on somun ekmeğe daha sahip olması mutluluk düzeyinde anlamlı bir artış getirmemektedir. Aynı durum bütün maddi varlıklar (araba, renkli

TV vb) için de geçerlidir. Yani insanların daha sağlıklı ve uzun, daha kaliteli ve mutlu bir yaşam sürebilmeleri için gerekli bir eşik vardır ve bu eşik aşıldıktan sonra maddi yaşam standardının daha fazla yükselmesi insanların yaşamında fazla bir değişiklik yaratmamaktadır.

Eşitsizliklerin rolü

Maddi yaşam koşullarının daha fazla iyileşmesinin belli bir eşiğin üzerine çıkıldıktan sonra sağlık ve mutluluk üzerine çok etkili olmadığı sonucuna, ülkeler arasındaki kıyaslamalardan ulaşılmıştır. Ancak ülkeler içindeki duruma bakıldığında gelir eşitsizliklerinin ülkeler arasında olduğundan çok farklı bir eğilim içinde olduğu görülür.

Dünyada gelir eşitsizliği bakımından en önde gelen ülkeler arasında yer alan ABD'de, Amerikalıların oturdukları semtler gelirlerine göre keskin sınırlarla birbirinden ayrılmıştır. Amerikalıların ikametgâhlarının posta kodları evlerin gelirlerine göre sınıflandırıldığında ölüm hızlarının semtler yoksullaştıkça arttığı görülmektedir.

Bu tablo gelir eşitsizliği bulunan bütün toplumlarda görülmektedir, ancak gelir eşitsizliğinin ABD'deki gibi çok yüksek olduğu toplumlarda grafiğin eğimi oldukça dik iken, daha eşitlikçi toplumlarda (İskandinav ülkeleri gibi) bu eğim daha yumuşaktır.

Ülkeler içinde insanların sağlığı ve mutluluğu gelirleriyle ilişkilidir. Daha zengin olanlar ortalama olarak aynı toplumdaki yoksullardan daha sağlıklı ve daha mutludur. Oysa bu ilişki ülkeler arasında kaybolmaktadır. Amerikalı bir yoksul (yılda 12 bin dolar kazanır) ve Ganalı orta sınıf birinin yaşam beklentileri karşılaştırıldığında, Amerikalı yoksulun muhtemelen Ganalı orta sınıf bireyden (yılda 9 bin kazanır) daha fazla maddi olanağa sahip olduğu görülür. Amerikalı yoksulun arabası, TV seti, büyük bir dairesi ve diğer eşyaları varken, Ganalı orta sınıf bireyin yoktur. Aslında dünya tek bir toplum olarak kabul edilse Amerikalı yoksul, dünyanın orta sınıf insanı ve Ganalı orta sınıf birey (örneğin hekim), dünyanın yoksulu olurdu. Fakat Amerikalı yoksulun yaşam beklentisi, bu gerçeğe karşın, Ganalı orta sınıf bireyden daha (tam olarak iki yıl) kısadır.

Bu durumun akla yakın bir açıklaması olabilir: Zengin toplumlarda asıl

sorun, gelir düzeyi ve yaşam standardı değil, sizin kendinizi toplumdaki diğer insanlarla nasıl kıyasladığınız olabilir. Yani örneğimizdeki yoksul Amerikalı kendisini uzaklardaki Ganalı hekimle değil, yakınındaki diğer Amerikalılarla kıyaslamakta, Amerikan toplumundaki hiyerarşi içinde bulunduğu yere bakmaktadır.

Yoksulluk mu? Eşitsizlik mi?

Ülke içinde gelir eşitsizliğinin boyutu, o ülkedeki en zengin yüzde 20'lik dilimde yer alan insanların gelirlerinin, en yoksul yüzde 20'lik dilimde yer alan insanların gelirlerinin kaç katı olduğu hesaplanarak bulunmaktadır. Eşitlikçi toplumlarda (örneğin Küba) toplumun bireyleri arasında böyle gelir eşitsizlikleri bulunmazken, ABD'de en zengin yüzde 20'lik dilimin geliri, en yoksul yüzde 20'lik dilimin gelirinin 8 katından fazladır (Türkiye'de de durum buna yakındır). Oysa Japonya ve kimi İskandinav ülkeleri de eşitsiz toplumlar olmalarına rağmen, vergi düzenlemeleri ve sosyal devlet uygulamaları yolu ile zenginlerden yoksullara kaynak aktarılarak bu uçurum daraltılmaktadır.

Wilkinson ve Pickett'in çalışmasına yönelik eleştiriler geniş bir yelpazeye yayılıyor. Kimi yazarlar çok haklı olarak *Su Terazisi*'nde sınıf yerine gelir değişkeninin esas alındığını, oysa gelir değişkeninin insanların zenginlik ve statüleri hakkında fikir vermek konusunda yeterli olmadığını ileri sürmektedirler. Kimi yazarlar ise *Su Terazisi*'nde olduğu gibi birçok sosyal sorunun bir nedene bağlanıp, bunların da gelir dağılımında iyileştirmelerle düzeltilebileceği düşüncesinin sosyal demokrat politikacıların çok hoşuna gidebileceğini, oysa *Su Terazisi*'nde yazarların seçmecilik yaparak aksi kanıtlara yer vermediklerini iddia etmektedirler.

Aslında eleştirilere ve eleştirdikleri konulara daha yakından bakıldığında, tartışmanın bilimsel olmaktan çok politik bir nitelikte olduğu açıkça görülmektedir. Eşitlikçi düşüncelere sahip yazarlar kitabı överken, toplum içindeki eşitsizliklerin "doğal" olduğuna inanan yazarlar kitabın bulgularına şüphe düşürmeye çalışmaktadırlar. Bu yönüyle tartışmanın, 19. yüzyılın ikinci yarısında Robert Koch'un tüberküloz basilini keşfinden sonra başlayan bir tartışmanın günümüzdeki devamı olduğunu söyleyebiliriz.

Koch ve destekçileri tüberküloza tüberküloz basilinin neden olduğunu ve bu nedenle tıbbın bu basille mücadele etmesi gerektiğini savunurken; Rudolf Virchow ve destekçileri tüberküloz basilinin bir bireyde tüberküloz hastalığının ortaya çıkması için gerekli olduğunu fakat yeterli olmadığını, nitekim her tüberküloz basili taşıyanda basilin hastalık oluşturmadığını, basilin barınma ve beslenme koşulları iyi olmayan, vücut dirençleri düşük bireylerde hastalık oluşturduğunu, bu nedenle tıbbın yalnızca basille değil, basilin hastalık ürettiği koşullarla da mücadele etmesi gerektiğini savunmuşlardır.

Sağlık toplum içinde örgütlenmekte araç olabilir mi?

İşçi sınıfının "doğal" örgütlenme ve mücadele alanı işyeridir. İşçi sınıfı tarih sahnesine çıktığından beri işyeri temelli sendikalar ve meslek örgütlerinde örgütlenmiş, mücadelesini işyerlerinde yürütmüştür. Bugün de işyeri temelli mücadele işçi sınıfı mücadelesinin omurgasını oluşturuyor, yarın da böyle olacaktır. Ancak 1980'li yıllarda değişen sermaye birikim modeli ve izlenen neoliberal politikalar işçi sınıfının önemli bir bölümünü işyerlerinin dışına ittiğinden, işçi sınıfının bütün kesimlerine ulaşabilecek yeni yapılara ihtiyaç vardır.

Sorunun tanımı

Aslında egemen sınıfın işçi sınıfı üzerinde baskı oluşturmak üzere işçi sınıfının bir kesimini "yedek" emekgücü olarak üretimin dışında tutma eğilimi yeni bir olgu olmayıp, kapitalist üretim tarzının özelliklerinden biridir. Geçtiğimiz yüzyılın ilk çeyreğinde bu olgu güçlenerek "eğilim" olmaktan çıkmış ve "yapısal" bir niteliğe bürünmüştür. İkinci Paylaşım Savaşı sonrası izlenen Keynesçi politikalarla yapısal işsizlik başka ekonomik araçlarla dengelenebilmiş, işsizliğin toplumsal maliyetleri bir ölçüde hafifletilmiştir. Fakat 1980'li yıllardan itibaren izlenmeye başlanan neoliberal politikalar ve sermaye birikim modelinin değişmesi, kapitalist toplumlarda işsizliği tarihte eşi görülmedik boyutlara sıçratmıştır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre Türkiye'de 3 milyon hane veya 13 milyon yurttaş geçimini sosyal yardımlarla karşı-

lamaktadır. İşçi sınıfının üretim süreçlerinin dışına itilmiş bu kesimlerine açlıktan ölmeyecekleri kadar bir yardım verilerek yaşamlarını sürdürmeleri sağlanmaktadır. Bu olgu kapitalizmin erken dönemlerindeki "yedek" işçi olgusundan çok farklıdır. Bu kesimler geçmişte olduğu gibi ekonominin "bozulmasıyla" işsiz kalmamıştır ve "düzelmesiyle" de işgücüne katılamayacaktır. Günümüzde yaşanan işsizlik, sermayenin organik bileşiminin emek aleyhine bozulmasının bir ürünüdür ve bu nedenle olası bir üretim artışının da işsizlikte bir azalma sağlaması beklenmemektedir.

Bu gelişmeler birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de işçi sınıfının milyonlarla ifade edilen bir bölümünü "geleneksel" mücadele ve örgütlülük alanlarının dışında bırakmakta ve işçi sınıfının örgütlenmesinde işyeri temelli örgütlenmeler "yanında" yeni örgütlenme biçimleri geliştirilmesi gereksinimi yaratmaktadır. Ancak olası yanlış anlaşılmaları önlemek için baştan belirtelim ki, bu gereksinim ve yazımızın ilerleyen bölümlerinde önereceğimiz yeni örgütlenme modelleri, işçi sınıfının geleneksel örgütlenme modelleri olan sendikalar ve meslek örgütlerine "alternatif" değildir. Bu "asli" örgütlenmelere destek olacak ve işçi sınıfının üretim süreçlerinin dışında kalan kesimlerinin örgütlenmesine yardımcı olacak yeni örgütlenme modellerinden söz ediyoruz.

Örgütlenme aracı olarak sağlık

Sağlığın toplumsal örgütlenmede bir araç olarak kullanılmaya başlanması ilk olarak Sovyetler Birliği'nde karşımıza çıkmaktadır. Devrim sonrasında, işyerlerinde işçilerin sağlık hizmetlerine katılımının örgütlenmesi sürecinde, *sağlıkçı işçiler* üzerinden inşa edilen ve sendikaların önemli roller üstlendiği çağdaş işçi sağlığı modeli, sağlığın işçi sınıfının kendi sorunları etrafında örgütlenmesinde bir model olarak kullanıldığı ilk örnektir.

Sağlığı örgütlenmede bir araç olarak benimseyen ikinci deneyim Çin deneyimidir. Çin, dünyanın en kalabalık ülkesinde sağlık sorunlarının üstesinden gelebilmek amacıyla toplumsal sağlık seferberliği kampanyaları yürütmüş, *yalınayak hekimler* modelini geliştirerek, toplumun kendi sağlık sorunlarını kendisinin çözebilmesi için büyük olanaklar yaratmıştır. 1965 yılında Başkan Mao'nun ünlü *26 numaralı direktifi* ile başlatılan seferberlikle, komünlere dayalı, kooperatif modeli üzerinde yükselen ve

1970'lerde Dünya Sağlık Örgütü tarafından Üçüncü Dünya'ya bir model olarak önerilen örgütlenmelere gidilmiştir[17].

Daha yakınlarda sağlığı toplumsal örgütlenmede bir araç olarak kullanan ülke Küba'dır. Küba devriminin ilk yıllarında ABD destekli Domuzlar Körfezi saldırısı sürecinde kurulan *Devrimi Savunma Komiteleri* (milis örgütleri), daha sonra sağlık üzerinden toplumu örgütlemede bir araç olarak kullanılmıştır. Küba Kadınlar Federasyonu ile birlikte toplumun sağlık sorunları temelinde örgütlenmesinde önemli katkıları olan bu örgütler, dünyada sağlık hizmetlerine toplum katılımının en iyi örneğini oluşturmaktadır. Mahalle ve işyeri düzeyinde sağlık sorunlarının tartışıldığı örgütler, aynı zamanda sağlıkta seferberlik kampanyalarında ve bazı sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli işlevler üstlenmektedir[18].

Sınıf mücadelesinde bir araç olarak sağlık

Çin ve Küba deneyimlerinin Latin Amerika'daki sınıf mücadelesi üzerinde çok büyük etkileri olmuştur. 1960'lı yıllarda birçok Latin Amerika ülkesinde çeşitli ilerici gruplar devletin sağlık hizmeti götürmediği bölgelerde "gönüllü" sağlık hizmeti sunmaya başlamışlardır. Kısa zamanda karşılaştıkları aşırı talep karşısında ezilen gönüllüler, Çin ve Küba deneyimlerinden esinlenerek toplumun kendi sağlık sorunlarını kendilerinin çözebileceği örgütlenmeler oluşturmaya başlamışlardır.

Guatemala'nın *Chimaltenango* yaylalarında yerel sağlık teşvikçileri eğitilmiştir. Teşvikçiler köylülere sağlığın altta yatan belirleyicilerini analiz etmeleri ve durumlarını iyileştirmek üzere kolektif eyleme geçmeleri için yardımcı olmaya başlayınca, askeri hükümet teşvikçileri öldürmüş, "arazileri yakarak" kendi sağlık sorunları etrafında örgütlenen köylüleri cezalandırmıştır.

El Salvador'da 1970'lerde gönüllülerce oluşturulan toplum sağlığı programları giderek *Farabundo Marti Ulusal Kurtuluş Cephesi*'nin (FMLN) çizgisine gelmiş ve sağlık teşvikçileri, ABD destekli askeri diktatörlüğe direncin yükselişini harekete geçirmekte kilit bir rol oynamışlardır.

17 https://www.academia.edu/2177502/%C3%87in_Deneyimi_Yal%C4%B1nayak_Doktorlar

18 http://satobel.blogspot.com.tr/2013/11/saglgn-toplumsal-belirleyicileri.html

Benzer programlara Nikaragua, Meksika ve diğer Latin Amerika ülkelerinde sıkça rastlanmaktadır. Bu programlarda toplum içinden gönüllüler sağlıkçılar tarafından eğitilmekte ve yine sağlıkçıların denetiminde toplum içinde sağlık konularında çalışmaktadır. Çalışmanın konusu toplumun en önemli sağlık sorunlarına göre değişmektedir. Ancak sorun ne olursa olsun, sorunun çözümünde *toplumcu* bir yaklaşım benimsenmekte ve sorunların kolektif bir şekilde çözülmesi özendirilmektedir[19]. Son örnek de Venezuela'dır. Venezuela da sağlığı bir örgütlenme aracı olarak kullanmanın en iyi örneklerinden biridir. Venezuela'da mahalle temelli sağlık komiteleri, sağlık hizmetleri üzerinden toplum örgütlenmesinin temelini oluşturmaktadır. Mahalle halkı tarafından seçilen komite üyeleri, mahallelerde sunulan sağlık hizmetlerine yardımcı olmakta ve bu hizmetleri denetlemektedir. Devlet bürokrasisinin tamamen dışında yürütülen çalışmalar, kapitalizm koşullarında işbaşına gelen ilerici hükümetin sağlık etkinliklerinin omurgasını oluşturmaktadır (bkz. *Devrimci Doktorlar*, Notabene Yayınları).

Toplum sağlık üzerinden nasıl örgütlenir?

Şüphesiz her şeyin gerçek yaşamdaki karşılığı, gereksinimleri ne kadar yanıtlayabildiğiyle ilişkilidir. Bu anlamda sağlık üzerinden örgütlenmenin toplum içinde gerçek bir gereksinime karşılık gelmesi gerekir. Bu gereksinim toplumcu tıp/sağlık hizmetleridir.

Türkiye'de toplumcu tıp/sağlık hizmetlerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi bakımından ne kadar önemli olduğu çok uzun yıllardır kabul edilmesine karşın, bu hizmetler toplumun toplumcu tıp/sağlık hizmetlerine *en çok* gereksinim duyan kesimlerine ulaşmamaktadır. Bu kesimler aynı zamanda işçi sınıfının üretim dışına itilmiş kesimleridir. Çoğu sürekli ve düzenli bir ikametgâha sahip olmayan bu kesimler ya devletin sağlık hizmetlerinin yeterli ulaştırılmadığı yerlerde yaşamakta, ya da birçok araştırmanın da ortaya koyduğu gibi çok çeşitli nedenlerle bu hizmetlerden yeterince yararlanamamaktadırlar. Oysa bu hizmetler,

19 bkz. http://toplumcutip.blogspot.com.tr/2014/11/latin-amerikann-toplumsal-kurtulus.html

özellikle *ana-çocuk sağlığı hizmetleri* sözcüğün tam anlamıyla yaşamsal hizmetlerdir.

En temel ana-çocuk sağlığı hizmetleri gebe ve bebek izlemidir. Bu hizmet kapsamında gebe oldukları tespit edilen anne adayları gebelikler süresince eğitilerek doğuma hazırlanmakta, gebelik ayına göre gebeliğin gelişimi izlenmektedir. Aynı durum 0 - 12 aylık bebekler için de geçerlidir. Bu izlemlerin önemli bir bölümü tıbbi araç-gereç gerektirmediği gibi, sağlık alanında bir eğitim almış olmak da şart değildir. Yukarıda sıralanan birçok dünya örneğinde olduğu gibi "gönüllüler" çok kısa süreli bir eğitimle gebeleri ve bebekleri izlemeyi öğrenebilir ve bir sağlıkçı gözetimine izlem hizmeti sunabilirler.

Genellikle bu tür çabalar meslek örgütleri ve profesyoneller tarafından büyük tepkilerle karşılanmakta ve toplumun sağlığını tehlikeye atmakla suçlanmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken çok önemli bir nokta vardır: bu hizmetler devletin veya sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetlere "alternatif" değil, aksine devlet veya sağlık profesyonellerinin bu hizmetleri sunmamasından veya ulaştıramamasından doğan gereksinimden kaynaklanan hizmetlerdir. Elbette arzu edilen bu hizmetlerin devlet tarafından herkese eşit ve ücretsiz olarak ulaştırılmasıdır ve bunun için mücadele edilmelidir. Fakat toplumcu tıp/sağlık hizmetlerine erişemeyenlere bu hizmetlerin ulaştırılması ne bu hizmetlerin devlet tarafından sunulması gerektiği gerçeğini ortadan kaldırır, ne de bunun için yürütülecek mücadelenin alternatifidir.

Aksine toplumcu tıp/sağlık hizmetlerinin sunulmaya başlaması, bu hizmetlerden o güne kadar haberi olmayan kesimlerde hizmetlere yönelik bir talep uyandırır. Gebeliklerinde düzenli izlenen ve bebekleri doğduğundan itibaren bir yaşına kadar düzenli olarak izlenen kadınlar, bu hizmetin gündelik yaşamlarını nasıl değiştirdiğini kendi deneyimleriyle öğrenecekler ve bu hizmetlerin kapsamının daha da genişletilmesini talep edeceklerdir. Diğer yandan bu hizmetlerin sunulması, toplumcu tıp/sağlık hizmetlerinin kamusal olarak devlet tarafından herkese eşit ve ücretsiz olarak götürülmesi için yürütülen mücadeleye de önemli bir toplumsal destek sağlayacaktır.

Toplumcu tıp/sağlık hizmetlerinin ve özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin ayırt edici yönü, bu hizmetlerin esas olarak "evde" sunulan hizmetler olmasıdır. Kuşkusuz ülkemizde Aile Sağlığı Merkezleri'nin (ASM) gebeler ve bebekleri izlem amacıyla (bu izlemlerin yapıldığı yerlerde) ASM'ye davet etmeleri de hiç yoktan iyidir, fakat çok "eksik" bir hizmettir. Çünkü bu hizmetlerde *ana fikir* bireylerin çalışma ve yaşam ortamlarında sağlık için gerekli değişikliklerin yapılmasıdır. Örneğin anneye ASM'nin mutfağında (tabii varsa) bebeği için mama hazırlamayı öğretmek ile annenin evinde, onun mutfağında, o mutfağın olanaklarıyla bu işi en sağlıklı şekilde nasıl yapabileceğini öğretmek arasında çok büyük bir fark vardır ve bu fark karşımıza ne yazık ki *bebek ölümleri* olarak çıkmaktadır.

Kimler gönüllü olabilir?

Bu tür çabalarda işler *insan* üzerinden yürüdüğünden, insan faktörü çabanın başarısı için çok önemlidir. Birinci ve en önemli koşul, gönüllünün hizmet sunacağı toplumun *içinden* olmasıdır. Hizmet sunduğu mahallede oturmalı ve kendi akrabalarına, yakınlarına, komşularına hizmet sunmalıdır. Gönüllünün ergenlik çağını geride bırakmış ve okur-yazar olması yeterlidir. Birkaç haftalık bir başlangıç eğitimi ve hizmet süresince devam edecek sürekli eğitimlerle çok kısa zamanda yaptığı işin uzmanı olacaktır. Bu durum yukarıda dünyadan örnekleri sunulan birçok yerde kanıtlanmıştır. Gönüllünün bir başka işte çalışıyor olup olmaması önemli değildir. Hizmet evde sunulduğundan kamu kurumlarındaki gibi bir mesai saati kısıtlaması yoktur.

Gönüllüler ikişer gönüllüden oluşan ekipler halinde çalışmalıdır. Bu hem birbirlerinin eksikliklerini gidermelerini ve ev ortamında kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlayacak, hem de *sürekli ve düzenli* olmanın yaşamsal önemde olduğu bu hizmetlerde, hizmetin hastalık gibi nedenlerle aksamamasını sağlayacaktır. Bir gönüllü ekip en çok 100 haneden sorumlu olabilir. Bu hanelerde kimlerin oturduğunu bilen ve kayıtlarını tutan gönüllüler, hanelerde yaşayan kadınları sürekli izleyecekler, gebe kaldıkları andan itibaren de gebe izlemine alacaklardır. İzlemler doğum sonrası lohusa izlemiyle birlikte bebeklerin de izlemiyle bir yıl devam edecektir.

Bu çalışmalarda yükün önemli bir bölümü de gönüllüleri gözeten *gönüllü sağlıkçıların* üzerindedir. Bu çalışmaya katılacak gönüllü sağlıkçılar, gönüllüler için her an telefon gibi araçlarla ulaşılabilir olmalıdır. Sağlıkçılar haftada bir gün gönüllülerin çalışmalarını izlem formları üzerinden denetlerken, sürekli eğitimlerini de bu denetimler sırasında gerçekleştirmelidir. Bir sağlıkçı en çok 500 haneden, dolayısıyla her biri 100 haneden sorumlu 5 gönüllü ekibinden (10 gönüllü) sorumlu olmalıdır.

Makalenin sınırlarını aşmamak için izlemlerde neler yapılacağı ve hangi hizmetlerin sunulacağının ayrıntılarına girilmemiştir. Bunlar esas olarak standart gebe ve bebek izlem hizmetleridir. Kuşkusuz gönüllüler bu hizmetler içinde tıbbi araç-gereç gerektirmeyenleri (boy - kilo ölçümü vb) sunacak, diğer hizmetler için (idrar tetkiki, ultrason vb) insanları kamu sağlık kurumlarına yönlendirecek, mümkünse onlara eşlik edeceklerdir.

Şüphesiz salt ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle işçi sınıfının üretim süreçlerinden dışlanmış kesimlerinin tümüne ulaşmak olanaksızdır. Bu çalışmayı daha geniş bir mahalle çalışmasının (eğitim, kültür, spor etkinlikleri vb) bir parçası olarak görmek gerekir. Gönüllüler zamanları ölçüsünde birden fazla alanda hizmet sunabilirler. Amaç işçi sınıfının üretim süreci dışına itilmiş kesimlerine hizmet götürmek yanında, bu kesimlerin mahalli ölçekte örgütlenmelerine de katkıda bulunmaktır.

Okuma 4
Toplumcu tıp kuramı gelişiyor

20. yüzyılın son çeyreğinde sermaye saldırıları karşısında gerileyen emek mücadelesi, 21. yüzyılın ikinci on yılına girerken yaşamın bütün alanlarında olduğu gibi tıp alanında da bir toparlanma ve yenilenme sürecine girmiştir. Daha birkaç yıl öncesine kadar saygın dergilerde ve kitapçıların raflarında toplumcu tıp alanında dişe dokunur bir çalışma bulabilmek için çırpındığımız günlerden, bugün hızla zenginleşen literatürü izleyebilmekte zorlandığımız bir sürece erişmiş bulunuyoruz. Ng ve Muntaner'in bir makalesi de günümüz toplumcu tıbbına ışık tutuyor, geleceğe yol gösteriyor.

Kanada'dan Edwin Ng ve Carles Muntaner Ocak ayında (2014) yayınlanan makalelerinde, makrososyal epidemiyolojinin *bilimsel gerçekçilik* ve *sosyal çatışma* kuramlarıyla/yaklaşımlarıyla nasıl güçlendirilebileceğini tartışıyorlar.

Makrososyal epidemiyolojinin bilimsel gerçekçilikle güçlendirilmesi, sağlığa ilişkin sonuçları tetikleyen toplumsal mekanizmaların özgül bağlamlarını tanımlamayı sağlayarak, makrososyal etmenlerin, süreçlerin ve kurumların toplum sağlığına nasıl ve neden bağlı olduğuna ilişkin daha derinlikli bir kavrayış geliştirmemizi sağlıyor.

Makrososyal epidemiyolojinin sosyal çatışma kuramı merceğinden değerlendirilmesi ise toplumsal yapıları eşitsizlik üreten mekanizmalar olarak görmemize (değerlendirmemize) yardımcı olarak halk sağlığı çabalarının sosyal değişime yönelmesine, örneğin eşitsizlikçi politik, eko-

nomik ve kültürel ilişkilere yönelik eylemlere zemin oluşturuyor.

21. yüzyılda toplumcu tıbbın küllerinden dirilmesinde en büyük etmen, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) hegemonyası altına girmesiyle birlikte 2000 Yılında Herkese Sağlık stratejisinin terk edilmesi ve sağlıkta neoliberal politikaların benimsenmesi sonucu, küresel ölçekte sağlıkta izlenen ve artık gizlenemez hale gelen yıkımdır.

DSÖ'nün sağlık sorunlarında *mağduru suçlayan bireysel risk faktörleri yaklaşımının* iflas etmesiyle birlikte, gözler yeniden *sağlığın toplumsal belirleyicilerine* çevrilmiş, fakat bu bağlamda makrososyal faktörler yerine *ikinci dereceden* faktörlere (gelir, eğitim vb) odaklanılması, sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımının kısırlaşmasına yol açmıştır. Oysa makro-düzeyde faktörler, süreçler ve kurumlar örneğin küreselleşme, politik ekonomi ve makroekonomi ele alınmadan, salt eğitim düzeyi, gelir, sosyal konum gibi orta-düzey faktörlerle toplumsal faktörlerin sağlık üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koyabilmek olanaksızdır.

Önlenebilir ölümlerin azaltılması ve hastalıkların hafifletilmesi amacıyla bilgi üretebilmek için orta-düzey faktörlere odaklanmak yeterli değildir. Bunların da belirleyicileri olan makro-düzey belirleyicileri ele almadan ve toplumsal yapıların nasıl sağlıkta eşitsizlikler ürettiğini tartışmadan sonuç alıcı eylemler geliştirmek olanaksızdır. Makro-düzeyde olgular ile toplum sağlığı arasındaki ilişkileri anlamak için gerekli yeni bilgi ve becerilerin geliştirilmesi gereklidir. Bu gereklilik hekimlerin, toplum içindeki bazı grupların politik, ekonomik ve kültürel kazanımlar elde etmek için diğerlerini nasıl egemenlikleri altına alabildikleri ve sömürebildiklerini açıklayan toplumbilimsel kuramları öğrenmelerini şart koşmaktadır. Çünkü erken ölümlerin ve hastalıkların kökenleri bu ilişkilerde gizlidir ve bu düzeyde eylemler yapılmadan sorunların üstesinden gelinebilmesi olanaksızdır.

Bilimsel gerçekçilik

Bilimsel gerçekçilik yaklaşımı, özgül bağlamlar, nedensel mekanizmalar ve sağlık sonuçları arasındaki desenleri tanımlamak için makrososyal epidemiyolojiye uygulanan felsefi bir yaklaşımdır. Sosyal epidemiyolog-

ların benimsediği diğer ana yaklaşımlar *pragmatizm, ampirisizm (pozitivizm), rasyonalizmdir.*

Epidemiyologlar dünyayı bu yaklaşımlar içinde anlar ve anlamlandırırlar. Örneğin pragmatistler için "ırk" diye bir değişkenin gerçekten var olup olmadığı çok önemli değildir; eğer "ırk" değişkenini kullanarak bazı sağlık olaylarını açıklayabiliyorlarsa, bu değişkeni kullanmakta sakınca görmezler. Oysa bilim, insanlar için tek bir ırk olduğunu, deri renkleri üzerinden diğer türlerde olduğu gibi ırk sınıflamalarına gidilmesinin mümkün olmadığını uzun yıllar önce kanıtlamıştır.

Herhangi bir sağlık durumunun deri rengi diğerlerinden biraz daha açık veya koyu diye bir toplumda yoğunlaşması bilimsel olarak mümkün değildir. Diğer yandan "ırk" değişkeni toplumlar içinde sağlıkta eşitsizlikleri üreten mekanizmalar (önyargılar, stigmalar, faşizm vs) olarak işlev görmektedir.

Yine ampirisist epidemiyologlar da pragmatikler gibi sağlık ile biyolojik özellikler arasında ilişkiler aramayı yüceltirler. Rasyonalistler ise çoğu kez ampirisistler gibi savlarını destekleyecek deliller bulmaya dahi zahmet etmeden, *a priori* yargılar üzerinden akıl yürütmelere giderler.

Bilimsel gerçekçi epidemiyologlar ise, diğerlerinden farklı olarak değişkenlerin *bilimselliğini* sorgularlar. Örneğin bilimsel gerçekçiler için "ırk" biyolojik değil, "toplumsal" bir kategoridir. Bir toplum içinde yaşayan deri rengi farklı insanlarda belli bir sağlık sorununun yoğunlaşması biyolojik değil, toplumsal kökenlidir; bu insanlar derilerinin rengi daha açık veya koyu olduğundan toplum içinde ayrımcılığa maruz kalabilmekte ve bunun sonucu belli sağlık sorunlarını daha yoğun yaşayabilmektedirler.

Bu iki temel yaklaşım arasındaki *fark* toplum sağlığı bakımından çok kritiktir: Eğer belli bir sağlık sorununu biyolojiniz nedeniyle yaşıyorsanız, bu bir anlamda sizin *kaderinizdir* ve sorunun çözümü için genetik veya moleküler düzeyde yaklaşımlar öne çıkar. Oysa bu sorunu yaşamanızın nedeni toplum içinde uğradığınız ayrımcılık ise, bu durumda salt "tıbbi" yaklaşımlarla yetinmek sorunun çözümünde asla yeterli olmayacaktır ve *toplumsal tedbirler* öne çıkacaktır.

Sonuç olarak bilimsel gerçekçi yaklaşım, epidemiyologların sağlığın

makrososyal belirleyicilerinin, toplumların sağlık düzeylerini *nasıl, neden ve hangi koşullarda* iyileştirdiğini veya kötüleştirdiğini derinlikli olarak anlamalarına yardımcı olur.

Sosyal çatışma

Sosyal çatışma toplumun tek tek bireylerden oluşan homojen bir *toplam* değil, eşitsizlik, gerilim ve çatışmayla karakterli karmaşık bir *sistem* olduğu düşüncesine dayalı toplumbilimsel bir paradigmadır. Bu özelliklerin toplum sağlığını etkileyebilecek çeşitli toplumsal değişim biçimlerini (grevler, politik hareketler vb) tetikleyebilme potansiyeli vardır. Bu paradigmayı rehber alan epidemiyologlar toplumsal sınıf, etnisite ve cinsiyet temelindeki eşitsiz güç ilişkilerinin nasıl kaynakların eşitsiz dağılımına neden olduğunu incelerler.

Üretim araçlarının özel mülkiyetinin, dışlayıcı eğitimsel mekanizmaların ve zenginliğin kuşaktan kuşağa aktarımının nasıl daha baştan insanlar arasında sosyo-ekonomik eşitsizlikler yarattığını ve bunların bir arada nasıl haksız ve kaçınılabilir sağlık sonuçlarına neden olduklarını tartışırlar. En önemlisi bu paradigma, toplum sağlığı araştırmacılarının önemli makro-düzey ilişkileri tanımlamanın ötesine geçmelerini sağlar. Sağlıktaki eşitsizliklerin, ancak toplumdaki eşitsizlikler giderilerek giderilebileceği anlayışı güçlenir ve bilimsel bir niteliğe bürünür.

Günümüzde epidemiyologların en önemli handikabı mevcut toplumsal düzeni bir veri kabul ederek, bu düzen içinde manipülasyonlarla ilerleme çabasıdır. Bu durumda sağlıkta eşitsizliklerin temel kaynağı olarak görülen sosyo-ekonomik konum bir *kader* olarak görülür. Bu durumda bir toplumda zenginler ve yoksulların var olması *kaçınılmazdır* ("doğaldır") ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için yapılabilecekler, aradaki uçurumu azaltmakla sınırlıdır.

Eşitsizliklerin politik, ekonomik ve kültürel temellerinin göz ardı edilmesi, statükonun veri alınması, güç ilişkilerinin önemsenmemesi, nedenlerin nedenlerine gitmek yerine orta-düzey faktörlerin (örneğin gelir) makro-düzey faktörler (örneğin özel mülkiyet) gibi gösterilmeye çalışılması, halk sağlığı müdahalelerinin ölü doğmasına neden olmaktadır. Toplumsal değişim yerine kısmi iyileştirmeler peşinde koşmak, kaynak-

ların boşa harcanmasına, çabaların boşa gitmesine, aktivistlerin moralle-rinin bozulmasına yol açmaktadır.

Günümüzde sağlığın toplumsal belirleyicilerine ilişkin çalışmalar üzerine büyük ölçüde *pozitivist* yaklaşımların gölgesi düşmüştür. Bu yaklaşımlar toplumsal belirleyicilerin sağlığı nasıl belirlediğini açıklamak yerine, kara-kutu (black-box) tanımlamalar üretmekle yetinmektedirler. DSÖ tarafından oluşturulan Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu'nun çalışmaları esas olarak bu çerçevede değerlendirilmelidir[20]. Yine Michael Marmot'nun ve Richard Wilkinson'ın ekibiyle birlikte yürüttüğü çalışmalar ve kaleme aldığı kitaplar, hemen tamamen *pozitivist* bir yaklaşım sergilemektedir.

Kara-kutu tanımlar sıklıkla istatistiksel modeller olarak sergilenmektedir ve açıklayıcı mekanizmalar regresyon katsayıları olarak anlaşılmaktadır. Bu katsayılar makrososyal belirleyicilerin nedensellikleri olarak sunulmaktadır. Örneğin ihracat, çok uluslu şirketler ve uluslararası mali kuruluşlar gibi küreselleşme belirteçleri yüksek bebek ölüm hızları için öngördürücü olarak gösterilmektedir. Ancak bilimsel gerçekçi bir perspektiften bakıldığında analitik hedef, regresyon modellerini uygulamaktan ve yorumlamaktan çok daha karmaşıktır; bilimsel gerçekçi yaklaşım makro-düzey sağlık ilişkilerini üreten mekanizmaları tanımlamayı amaçlar. Böylece sadece sağlık olaylarını gözlemek ve açıklamaya çalışmak yerine, gözlemlerimizin neden gözlendiğini anlamaya çalışır.

Bu mantık makrososyal epidemiyolojiye uygulandığında makrososyal belirleyicilerin toplum sağlığı ile nasıl ve neden bağlı olduğunu açıklayan olayları üreten mekanizmalar tanımlanır. Bilimsel gerçekçi yaklaşımın sorunu şudur: makrososyal güçler, süreçler ve kurumlar toplum sağlığını nasıl ve neden iyileştirir veya kötüleştirir, sağlıkta eşitsizlikleri nasıl ve neden artırır veya azaltır ve bunlar hangi politik, ekonomik ve kültürel bağlamlarda gerçekleşir?

Kara-kutu yaklaşım özünde *ampirisist* bir yaklaşımdır ve amacı bağımsız değişkenler ile sağlık çıktıları arasındaki olası bağlantıları tanımlamak, bağlantıların sistematik olarak yönünü, gücünü ve önemini

20 Bu konuda oldukça iyi kaleme alınmış bir eleştiri için bkz: Escudero, 2009: 183 - 185.

sınamak ve diğer öngördürücüler sabit tutulduğunda, makrososyal (bağımsız) değişkenlerden biri değiştirildiğinde sağlık çıktısının ne ölçüde değiştiğini belirlemektir.

Mekanizma temelli (bilimsel gerçekçi) yaklaşım ise bağımsız değişkenler ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkileri bağlam ve mekanizmalara gerçekçi bir odaklanma ile inceler. Bağlamlardan kasıt sağlığın makro-düzey belirleyicilerinin kavrandığı ve üretici mekanizmaların toplum sağlığını etkilemek üzere tetiklendiği özgül özellikler ve ortamlardır. Bağlamsal yaklaşım makrososyal güçlerin, süreçlerin ve kurumların sağlık çıktılarını "kim için" (hangi toplumsal sınıflar / kesimler için) ve "hangi koşullar altında" şekillendirdiği ve etkilediği sorularına yanıt arar.

Mekanizmalar ise toplum sağlığı çıktılarını üreten makrososyal belirleyicilerin neler olduğunu tanımlar. Burada kilit düşünce, makro-düzey faktörlerin sağlığın somut nedenleri olmadığıdır. Daha doğrusu makrososyal belirleyiciler ya sağlığı iyileştiren / kötüleştiren veya sağlıkta eşitsizlikleri artıran / azaltan kaynakları sağlarlar veya bu kaynaklardan yoksun bırakırlar.

Mekanizmaların sıklıkla gözlenemez ve bu nedenle ölçülemez olmaları nedeniyle, bilimsel gerçekçiliği kullanan epidemiyologların başlıca üç ödevi vardır:

- Sağlığın makrososyal belirleyicilerinin içsel işleyişini tanımlamak
- Üretici kuramlar inşa etmek
- Makrososyal belirleyicilerin toplum sağlığına neden ve nasıl nedensel olarak bağlı olduğuna ilişkin kuram ve veri tabanlı ifade dizileri üretmek.

Bilimsel gerçekçilik ile burjuva "sosyal devlet", sosyal sorumluluk ve hayır işleri (sadaka) yaklaşımları arasındaki farkların belirginleştirilmesi önemlidir. Bu noktada en önemli fark, bilimsel gerçekçi yaklaşımın bağımsız değişkenler ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi bağlamlar içinde ele alması ve bağlamları her zaman öne çıkartmasıdır. Mekanizmaların işleyişinde belirleyici olanın bağlamlar olması nedeniyle, toplum sağlığının politik, ekonomik ve kültürel bağlamları kuramlar içinde merkezi bir yere sahiptir.

Birçok araştırmada, bir ülkenin rejiminin demokratik veya otoriter oluşunun toplum sağlığı bakımından çok önemli olduğu ortaya konmuştur. Yine daha eşitlikçi politikaları benimseyen ülkelerde toplumun sağlık düzeyinin, diğerlerine göre daha iyi olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir. Toplum sağlığı bakımından bir ülkede emekçilerin örgütlülüğü, bilinç düzeyi ve mücadelesinin çok önemli olduğu birçok yazar tarafından iyi belgelenmiştir.

Ekonomik bağlamların toplum sağlığı üzerine etkileri, bir ülkede izlenen ekonomik politikalarla sağlık arasındaki ilişkilerde açıkça görülebilir. Neoliberal ekonomik politikaların izlendiği ülkelerde sağlık alanında gerçekleştirilen özelleştirme uygulamaları ile toplumun sağlık göstergelerinin bozulması arasındaki ilişkiler zaman zaman bu politikaların küresel ölçekte yürütücüleri olan Dünya Bankası gibi kurumların yayınlarında dahi görülmektedir.

Kültürel bağlamların sağlık üzerine etkileri ise toplumsal normlar, toplumculuk karşısında bireycilik, popülizm karşısında elitizm gibi kültürel desenler ile sağlık düzeyleri arasındaki ilişkilerde kendisini göstermektedir. Birçok araştırmacı toplum içindeki bağlılık / dayanışma düzeyi ile sağlık arasındaki ilişkileri göstermişlerdir.

Bilimsel gerçekçi yaklaşımda bağımsız değişkenler, nedenselliği açıklamakta temel öğeler değildir. Bilimsel gerçekçi yaklaşım bir ülkede sosyal devlet uygulamalarını (örneğin sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi) sağlığın makrososyal belirleyicileri arasında görmez. Kamusal harcamalar, sosyal devlet uygulamalarının sağlık sonuçlarını nasıl ve neden şekillendirdiğini açıklamakta yetersizdir. Bu harcamalar farklı bağlamlarda çok farklı mekanizmalar üzerinden işgörebilir ve çok farklı sağlık sonuçları ortaya çıkabilir.

Nitekim İngiltere'de yapılan birçok çalışma, işçi sınıfı ve emekçilerin sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden fayda görmesine rağmen, İngiltere'de sağlıkta eşitsizliklerin azalmadığını, aksine sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden sonra geçen 20 yılda bu eşitsizliklerin geçmişe göre üç kat arttığını ortaya koymuştur. 1980'li yıllarda yayınlanan Black Raporu kralın çıplak olduğunu göstermekle kalmamış, eşitsizlik-

lerin toplumun politik ekonomik düzeni içindeki kaynaklarına dokunmadan sosyalleştirme uygulamasının sağlıkta eşitlik sağlanmasına hizmet edemeyeceğini göstermiştir. Oysa sosyalist ülkelerdeki sosyalleştirme uygulamaları tarihte olduğu gibi bugün Küba'da da sağlık alanında çok büyük başarılara imza atmayı sürdürmektedir.

Bilimsel gerçekçilik makrososyal faktörlerin sağlık etkilerinin anlaşılmasında tek bir değişkene dayanmayı reddetmektedir. Bunun yerine birçok değişkenin yaşam boyu süren etkilerinin sağlık üzerinde çoklu etkiler yaptığını savunmaktadır. Birçok makrososyal çalışmanın odağında hastalıklara özgü çıktılara odaklanılmasına karşın, yaşam sürecinin farklı aşamalarında çıktıları değerlendiren çalışmalar izlenen politikaların yaşam sürecinin her bir aşamasında farklı çıktılar yaratabildiğini göstermektedir: çocukluk çağında (bebek ölümleri, düşük doğum ağırlığı), ergenlik döneminde, çalışma çağında ve emeklilikte sağlık çıktıları farklı desenler izleyebilmektedir. Sağlık sistemi çoğu zaman çalışan nüfusu emeklilere göre kayırabilmekte, toplumsal cinsiyetler arasında ayrımcılık yapabilmekte ve salt bu nedenlerle dahi aynı değişken çok farklı sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilebilmektedir.

Bilimsel gerçekçilik makrososyal epidemiyolojide *bağlam-mekanizma-çıktı (sonuç)* desenlerini tanımlayarak, toplumcu tıbbın önünü açmaktadır: Makro-düzey faktörlerin, süreçlerin ve kurumların toplum sağlığı ve sağlıkta eşitsizlikler üzerinde, belirli koşullar altında, eşitsiz güç ilişkileri üreten ve yeniden üreten kilit mekanizmaları nasıl tetiklediğini, onayladığını, haklı çıkarttığını anlamamızı sağlamaktadır. Oysa pozitivizm yalnızca makro-düzey faktörler, süreçler ve kurumlar ile toplum sağlığı ve sağlıkta eşitsizlikler arasındaki ilişkileri sergilemekle yetinmekte, eşitsiz güç ilişkileri üreten ve yeniden üreten kilit mekanizmaların belli koşullar altında nasıl tetiklendiğini, onaylandığını, haklı çıkartıldığını görmezden gelmektedir.

Yalnızca yorumlamak değil, değiştirmek...

Ana akım halk sağlıkçılarının ve tıp alanında araştırma yapan bilim insanlarının diğer bir handikabı, içinde yaşadıkları toplumsal düzeni *veri* almalarıdır. Bu durumda amaç ampirik veriler toplamak, makro-düzey

desenleri tanımlamak ve kademeli öneriler getirmekle sınırlı kalmaktadır. Sonuçta bu tür çalışmalar hedef kitlesi akademisyenlerle sınırlı kalan, esas olarak mesleki çıkarlara (örneğin kariyer) hizmet eden ve doğaları gereği yapısal-işlevsel kuramlara dayanan çalışmalar olmaktadır. Toplumu, toplumsal yapıların üretkenliği ve düzeni sağlamak için birlikte çalıştığı karmaşık bir sistem olarak gören yaklaşımların benimsenmesi, araştırmacıları gerçeklikten ve toplumun gerçek sorunlarından uzaklaştırmaktadır. Sonuçta ortaya halk/toplum adına yapıldığı iddia edilen fakat en iyi olasılıkla ancak nesnelliği yorumlayabilen devasa bir literatür çıkmaktadır. Oysa esas olan yorumlamanın ötesine geçerek *değiştirmektir*.

Bu durumun başta gelen nedeni, araştırmacıların sosyal çatışmayı ve dolayısıyla toplum içindeki sosyal çatışmanın sağlık üzerine etkilerini göz ardı etmeleridir. Toplumların çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmeye yönelik evrensel programlar yoluyla toplumun sağlığını iyileştirmeyi amaçlamayan, belli toplumsal gruplara (çocuklar, kadınlar, engelliler vb) özgü sınırlı programlar ve hizmetler çoğu kez sahte başarılarla sonuçlanmakta, uzun vadede genellikle başlangıç noktasına geri dönülmektedir. Eşitsizlikleri yaratan ve yeniden üreten mevcut toplumsal yapı ve ilişkileri (üretim araçları üzerinde özel mülkiyet, sömürü vb) değiştirmeyi öngörmeyen politika önerileri aslında politika olarak dahi kabul edilmemelidir.

Toplum sağlığına eleştirel bir anlayışla yaklaşabilmek için sağlığın makrososyal belirleyicileri kavrayışının sosyal çatışma düşüncesini taşıması gerekir. Bu yaklaşımda vurgu toplumsal yapıların veya toplumsal davranışın göreli sabit desenlerinin, farklı sosyal çatışma biçimlerini nasıl ürettiği ve yeniden ürettiği üzerine yapılır. Bu sosyal çatışma biçimleri eşitsiz politik, ekonomik ve kültürel ilişkilere yol açmakta ve dolayısıyla sağlıkta eşitsizlikler üretmektedir.

Burada kritik olan, bu toplumsal yapılardan ve sosyal çatışmalardan toplumun büyük çoğunluğu zarar görürken, toplumun bazı kesimlerinin yarar sağlamasıdır. Toplum içindeki varlıklı kesimler, sermaye sahipleri, erkekler ve bedensel-ruhsal engeli olmayanlar vb. mevcut yapılardan fayda sağlarken, yoksul kesimler, emekçiler, kadınlar ve engelliler vb.

zarar görmektedirler. Dahası toplum içinde küçük bir azınlığın sağladığı fayda, her zaman toplumun büyük çoğunluğunun yaşamsal çıkarları pahasına olmaktadır. Makrososyal epidemiyolojinin toplumu bu özellikleriyle kavrayabilmek için eşitsizliklerin toplumsal desenlerini ele almak üzere çalışmalarının odağına toplumsal değişim gereksinimini alan eleştirel sosyolojinin temel ilkelerinden ve öğretilerinden yararlanması şarttır. Böylece araştırmalar yalnızca hangi makrososyal belirleyicilerin riskleri ve sağlıksızlıkları etkilediğini belirlemekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal değişimin makro-düzey belirleyicilerin doğasını nasıl etkileyebileceğine ilişkin rehberlik de edebilir.

Araştırmacıların araştırmalarında sosyal çatışma yaklaşımını kullanabilmek için işe bazı sorular sorarak başlamaları gerekir:

Ekonomik, toplumsal cinsiyet ve etnik eşitsizliklerin ana makrososyal belirleyicileri nelerdir ve bu eşitsiz güç ilişkileri sağlığı nasıl etkilerler?

Makro-düzey güçler, süreçler ve kurumlar zaman ve mekân bağlamında sağlıkta eşitsizlikleri nasıl üretirler?

Daha güçlü ve daha sağlıklı kesimler imtiyazlarını ve sağlıklarını nasıl koruyorlar?

Güçsüzler ve sağlıksız kesimler sağlıklarını iyileştirmek için statükoya nasıl meydan okuyabilirler?

Bu sorular doğaları gereği *değer-yüklü* olduklarından, sosyal adalete inanan makrososyal epidemiyologlar sağlıkta eşitsizliklerin varlığını belgelemekle mi yetineceklerine, yoksa epidemiyolojik araştırmayı toplumsal yapıların nasıl işlediğini, eşitsizlikler yarattığını ve toplum düzeyinde sağlığı belirlediğini öğrenmek için mi kullanacaklarına karar vermelidirler.

Makrososyal epidemiyolojiye sosyal çatışmanın uygulanması, sınıf ayrımcılığı (classism), seksizm, ırkçılık, heteroseksizm, yaş ayrımcılığı (ageism), engelli ayrımcılığı (ableism) gibi mekanizmaların kavranmasını gerektirir. Ancak bu şekilde neden güce sahip olanların daha sağlıklı ve güçsüzlerin daha sağlıksız oldukları anlaşılabilir. Aynı mantığın küresel ölçekte sağlığa uygulanması, emeğin uluslararası işbölümü, silahlı çatışmalar, sermaye birikimi süreçleri ve sömürü gibi küresel ölçekte dinamiklerin sağlık bakımından incelenmesine olanak sağlar.

Bu yaklaşım araştırmacılara sağlığı iyileştirmek için toplumun nasıl değiştirilmesi gerektiğinin yollarını (baskı altındaki gruplara/ülkelere yardım, koruma ve güçlendirme) gösterir. Ancak bu yaklaşım aynı zamanda, araştırmacıların "tarafsız" kalarak "değerlerden arınmış" bilgi üretmelerini öngören Weberci yaklaşımların da reddini gerektirir. Araştırmacı ezen ve ezilen, sömüren ve sömürülen, baskı yapan ve baskı altındaki insanların arasındaki mücadelede taraf olmak zorundadır.

Ana akım epidemiyologlar politika (örneğin eşitlikçi ve sosyal adaletçi politikaların desteklenmesi), ekonomi (örneğin toplu sözleşme hakkının savunulması, çalışma yaşamında demokrasi, neoliberal politikalara karşı durulması) ve kültür (örneğin ayrımcılığa karşı çıkılması) alanlarında açık konum almaya karşı çıkabilirler. Bunları politik bulabilir ve araştırmacının politikadan uzak durması gerektiğini savunabilirler. Oysa Virchow'un dediği gibi *tıp bir sosyal bilimdir ve politika geniş ölçekte tıptan başka bir şey değildir.*

Her şeyden önce sağlığın makrososyal belirleyicileri üzerine araştırma, doğası gereği politiktir, çünkü açık veya örtük olarak sonuçta sağlıkta iyileşme sağlamak için bir toplumsal değişim önerir. Sağlık için kaynak ayrılmasından, bu kaynakların nereye ve nasıl kullanılacağına kadar bütün konular ve bu konularda alınacak kararlar politiktir. Araştırmacı istediği kadar "tarafsız" olduğunu iddia etsin, eğer önerdiği politika toplumun bir kesimini diğerine göre kayırıyorsa apaçık politika yapmaktadır. Bu noktada çoğu kez "politika yapmamayı" savunmak, güçlü olanların yanında olmak, güçlülerden yana politika yapmaktır.

Öte yandan eşitsiz ilişkilerden kaynaklanan sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya veya ortadan kaldırmaya çalışmak araştırmacıyı ister istemez eşitsiz ilişkilerin güçlü tarafında yer alanların karşısında durmaya zorlamaktadır. Bu aynı zamanda araştırmacı için etik bir yükümlülüktür.

Uygulamada sosyal çatışma paradigmasını makrososyal epidemiyolojiye etkin olarak uygulayabilmenin birkaç yöntemi vardır. Bunlar arasında aşağıdaki değer yargıları, anlayış değişimi ve yöntemsel uyarlamalar öne çıkar.

Bir halk sağlığı tahayyülünün beslenmesi

20. yüzyılın önemli düşünürleri arasında yer alan Mills, sosyolojik tahay-

yülün insanların dünyayı anlamasında ve anlamlandırmasındaki önemine vurgu yapmıştır. Makrososyal epidemiyologların da aynı mantığı toplum sağlığına uygulamaları gerekir. Halk sağlığı tahayyülü bizi makro-düzey ilişkiler hakkındaki yaygın varsayımlar (örneğin küreselleşmenin çevre ülkelerde zenginlik yarattığı ve sağlığı iyileştirdiği iddiası) üzerine daha derin düşünmeye sevk eder, toplumsal yapıların ortaya koyduğu fırsatlar ile kısıtlılıkları bir arada dikkate almamızı sağlar ve bizi yeni halk sağlığı bilgisinin katkıcısı ve kullanıcısı olarak güçlendirir (örneğin araştırmayı toplumsal değişim için bir araç olarak kullanabilmemize yardımcı olur).

Kişisel değerler ve halk sağlığı araştırmasının ayrı tutulması gerektiği yolundaki sanıya meydan okuma

Sözümona "değerlerden-arınmış" halk sağlığı araştırmalarının sağlıkta eşitsizlikleri resmettiğini savunan makrososyal epidemiyologların, gerçekten halk sağlığı araştırması yapabilmek için sosyal adalet, eşitlik ve dayanışma gibi sağlığı teşvik eden değerleri benimsemeleri zorunludur. Kimilerinin iddia ettiği gibi bu değerler ne yazık ki insanlığın ortak değerleri değillerdir. Aksine sosyal adaleti, eşitliği ve dayanışmayı benimsemek ve savunmak araştırmacının tarafsızlığını değil, işçi sınıfı ve emekçilerden yana taraf olduğunu gösterir. Araştırmacı ancak bu değerleri mesleki bir yükümlülük olarak benimseyerek, sağlıkta toplumsal yokuş (social gradients) eğrilerinin ötesine geçebilir. Aksi halde bu yokuşların kader gibi görülmeye başlanması tehlikesi vardır. Oysa değer-yüklü çözümler (örneğin işyerinde demokrasinin savunulması, işçi sınıfının örgütlenmesi ve sınıf bilincine ulaşması vb) bize bu yokuşların düzleştirilmesinin yollarını gösterecektir.

Toplumsal yapıları eşitsizlik üreten mekanizmalar olarak kavramak

Refah devletleri ve ekonomik sistemler gibi toplumsal yapıları düzeni teşvik etmek üzere birlikte çalışan durağan öğeler olarak görmek yerine toplumsal yapıların nasıl bazı insanlar pahasına diğerlerini kayırdığının araştırılması gerekir. Bu araştırmalar refah devleti uygulamalarının ve kapitalist ilişkilerin nasıl politik, ekonomik ve kültürel kaynakların eşitsiz dağılımına neden olduğunu ve dolayısıyla sağlıkta eşitsizlikler ürettiği-

ni daha derinlemesine anlamamızı sağlayacaklardır. Dahası, bu araştırmalar sayesinde toplum sağlığının göreli doğasını daha iyi tanıyabiliriz: egemenlerin daha sağlıklı olmalarının nedeni kısmen sahip oldukları imtiyazlarını korumaları, baskı altında tuttukları insanların kısıtlı kaynaklara / fırsatlara erişimlerine engel olmaları ve statükonun sürdürülmesini sağlamalarıdır.

Daha çok uygulamalı halk sağlığı araştırması yapmak

Sağlığı iyileştirmek ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak üzere tasarlanan programların, politikaların ve müdahalelerin etkinliği ve verimliliği üzerine daha çok araştırma yapılması gereklidir. Bunun için sağlık sorunlarının doğasını tanımlayan araştırmalardan çok, sağlık sorunlarının politik mekanizmalar ve politikalar yoluyla nasıl çözüleceğine odaklanan uygulamalı halk sağlığı araştırmaları yapılmalıdır. Örneğin mental sorunları olan evsiz insanlara yardımcı olma yollarını araştırırken, bu insanların durumunu düzeltmenin ilk adımı olarak sağlıklı barınma şartlarının sağlanması tek bir projenin eşgüdüm içinde giden parçaları olmalıdır. Böyle bir çalışma değer-odaklı, politika-bağıntılı ve toplumsal sorunu çözmeye adanmış uygulamalı bir araştırmanın yürütülebilme olasılığını sergiler.

Bir halk sağlığı stratejisi olarak toplumsal değişim savunuculuğu

Toplumsal değişim, politik, ekonomik ve sosyal kurumların zaman içinde dönüşümüdür. Sağlıkta eşitsizlik üreten sosyal yapılar ve halk sağlığı müdahaleleri olarak işlev gören toplumsal değişimler arasındaki bağlantı makrososyal epidemiyolojinin çekirdek vizyonudur. İşçiler ile işverenler arasındaki çatışmalar demokratik ülkelerde toplumsal değişimin ana güdüleyicisidir. Toplumsal değişim ve toplumsal hareketlerin (örneğin grevler, işçi sağlığı ve iş güvenliği mücadelesi, kadın hakları hareketleri vb), toplum sağlığı ve sağlıkta eşitsizlikler üzerine etkileri göz ardı edilmemelidir.

Özetlemek gerekirse, eleştirel makrososyal epidemiyolojinin temel özellikleri ve görüşleri şunlardır:

Kuramsal paradigma: Sosyal çatışma (sınıf savaşımı)

Makro-düzey belirleyicilerin kavramsallaştırılması: Makrososyal yapı-

lar zaman içinde eşitsiz güç ilişkileri ve sosyal eşitsizlikler yaratır

Bilimsel yaklaşım: Uygulamalı (araştırmanın istenen değişimi yaratmak için kullanılması)

Araştırmanın odağı: Sağlıkta eşitsizliklerin ilişkisel doğasının araştırılması

Hedef kitle: Politikacılar, konunun ilgili tarafları, toplumsal gruplar

Değerlerin rolü: Değer-ilişkili, bağlantılı, değerlerden-arınmış yaklaşımı reddeden

Politik gücün dağılımı: Güç varlıklı sınıfın elinde yoğunlaşmıştır

Ekonomik gücün kaynağı: Sömürüdür. Güçlü gruplar kendi ekonomik çıkarları için güçsüz emeği kontrolü altına alır

Kültürel gücün işlevi: İdeolojiktir. Egemen kültürel inanışlar, sağlıkta eşitsizlikleri haklı göstermeye çalışır

Toplum sağlığı stratejileri: Toplumsal değişim savunuculuğu. Politik eylem, çalışma yaşamında demokrasi, toplumsal hareketlerin desteklenmesi.

İkinci Bölüm

HASTALIK

- Hastalık kavramının evrimi
- Hastalıklara toplumcu yaklaşım

Okuma 4. *Neoliberal kapitalizm şamanları hortlattı*

- İşçi sağlığı ve üretim tarzı
- İşçi sağlığına toplumcu yaklaşım
- Küba'da işçi sağlığı ve iş güvenliği
- Kamu çalışanları, sendikalar ve işçi sağlığı
- Endüstriyel demokrasi

Okuma 5. *İşyeri hekimliği göründüğü gibi değil*

- Ana-çocuk sağlığına toplumcu yaklaşım
- Küba'da ana-çocuk sağlığı
- Diyabet ve toplumsal değişim mücadelesi

Okuma 6. *Paris Komünü dünyayı değiştirmişti*

- Politika, ideoloji ve sağlık

Hastalık kavramının evrimi

İnsanın sağlığa/hastalığa ilişkin kavrayışı ilkel toplumlardan günümüze büyük değişimler geçirerek evrimleşmiştir. Bu evrimleşme süreci, toplumların üretim tarzındaki değişimlerle paralellik içindedir. Köle emeği sömürüsüne dayalı toplumlarda hastalık *tanrısal bir ceza* olarak kavranırken, feodalizmin parçalanmaya başladığı dönemlerde mistisizm yerini *mekanik yaklaşımlara* bırakmış, sanayileşmeyle birlikte sağlığa ve hastalıklara *diyalektik ve tarihsel maddeci yaklaşımlar* öne çıkmaya başlamıştır.

Şüphesiz bu süreçleri doğrusal olarak değil, sarmallar halinde ilerleyen bir gelişim olarak görmek gerekir. Tıbbın yirmi birinci yüzyılda kaçınılmaz olarak diyalektik ve tarihsel maddeci yöntemi benimsemesine ve bu yöntemin tıbbi pratiğe egemen olmasına karşın, kapitalist dünyada düşünsel planda mekanik yaklaşımların egemenliğini sürdürmesi, hatta siyasal gericiliğin yükseldiği ülkelerde/dönemlerde zaman zaman mistisizmin hortlaması şaşırtıcı değildir. Bu durumu, bir odasında bilimsel tıp uygulanırken, yandaki odada sülük tedavisinin uygulandığı hastanelerimizde bütün çıplaklığıyla görebilmek mümkündür.

İlkel komünal toplum aşamasında tıp bilgisi henüz somuttur ve daha sonraki aşamalarda göreceğimiz soyutlamalardan yoksundur. İnsanlar hastalık kavramını ilk olarak ilahi güçlerle açıklamışlar, zamanla sağlığı ve hastalıkları doğaüstü güçlerle açıklayan anlayış zayıflarken mekanik yaklaşım öne çıkmış ve on dokuzuncu yüzyıldan itibaren gelişen diyalektik maddeci yaklaşım ile mekanik yaklaşım yan yana varlığını sürdür-

müştür. Günümüzde kapitalist ülkelerde mekanik bir hastalık anlayışı oldukça yaygın iken, sosyalist ülkelerde diyalektik maddeci bir anlayış egemendir. Ancak kapitalist ülkelerde hastalığa diyalektik maddeci yöntemle yaklaşan çok sayıda sağlıkçının bulunduğu da bir gerçektir.

Tanrısal bir ceza olarak hastalık

İnsan toplulukları sağlık bilgisi üretimi ve kullanımının *herkes tarafından, herkes yararına ve herkes için* olduğu ilkel sınıfsız toplumdan, tıbbın *egemen sınıfın hizmetine girdiği* sınıflı toplumlara doğru evrilirken, ilk durak şamani topluluklar olmuştur. Tarihsel süreçte insan topluluklarının tüketebildiklerinden fazlasını üretebilmeye başlamalarıyla birlikte, bu *fazla ürüne el koyanlar* topluma egemen olmuşlar ve diğerlerini köleleştirmişlerdir.

Her ne kadar egemenlerin egemenliklerinin en önemli kaynağı *kaba zor* olsa da, bunu yalnızca kaba güce dayanarak uzun süre sürdürebilmeleri kolay değildir. Neden kendilerinin "egemen" ve diğerlerinin "köle" olduğunu ve neden kölelerin bu duruma itiraz etmemesi gerektiğini açıklayabilmeleri ve köleleri *ikna ederek* durumlarına *razı olmalarını* sağlamaları, iktidarlarını sürdürebilmeleri için kaba güç kadar önemlidir.

Egemenler insanlar arasında zamanla yaygınlaşan boş inançları ve bilinmeyenlere karşı duyulan korkuyu *örgütleyerek*, kendi çıkarları için kullanmayı başarmışlardır. İnsanların tanrılara karşı korkularını kendi iktidarlarına dayanak yaparak, tanrının izni ve isteğiyle kral olduklarını, kendilerinin tanrıların yeryüzündeki temsilcileri olduğunu, dolayısıyla iktidarlarına karşı gelmenin, *tanrılara karşı gelmek* olacağını öne sürmüşlerdir. Günümüzde birçok insana gülünç gelebilecek bu iddialara insanlık binlerce yıl samimiyetle inanmış ve dünyanın birçok ülkesinde krallar, yakın zamanlara kadar *tanrı adına* kral oldukları ve tanrıyı temsil ettikleri iddialarını sürdürmüşlerdir.

Hekimlik ve din

Kuşkusuz *iyileştiriciliğin* tarihi insanlık tarihi kadar eskidir fakat toplum içinde hekimliğin bir *meslek* haline gelmesine ve dolayısıyla ilk hekimlere köleci toplumlarda rastlanmaktadır. Örneğin arkeolojik çalışmalarda

bulunan beş bin yıl öncesine ait bir mührün *Sümerli* bir hekime ait olduğu belirtilmekte, hekimlikle ilgili ilk yazılı düzenlemeler dört bin yıl önce tabletlere kazınan *Hammurabi Yasaları*'nda yer almaktadır.

Kendilerini, kendi yarattıkları tanrıların yarattığına inanan eski Mezopotamya halkları, ilk insanın çamurdan yaratıldığına ve ağızlarından soluk üflenerek can verildiğine inanmışlardır. Daha sonra doğan her bebeğe özgü bir tanrı, soluğunu bebeğin ağzına üflemiş ve yaşamı boyunca onun *özel* tanrısı olmuştur.

İnsanın tanrısı tarafından korunmayı ve gözetilmeyi hak edebilmesi için, tanrısına karşı *görevlerini* yerine getirmesi gerekir. Aksi halde tanrı korumasını kaldırır ve insan acımasız doğa karşısında savunmasız kalır. Daha da kötüsü, *tanrının kızarak insanı cezalandırmasıdır*. Dua etmeyen, kurban sunmayan, hırsızlık yapan ve başkasını öldüren insanlar tanrıları kızdırmakta ve bu suçları karşılığında *hastalanarak* cezalandırılmaktadırlar. Günümüzde insanların çaresiz sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında "*tanrım ne suç işledim de bana bu cezayı verdin*" şeklindeki isyanları, kökenlerini bu eski inanışlardan alıyor olmalıdır.

Bugün yukarıda sıralanan hastalık nedenleriyle, dönemin *toplumsal yapısı* arasındaki ilişkiyi kolayca kurabiliyoruz. Dualar ve kurbanlar, tapınaklar ve tapınaklarda görevli rahip-hekimler için güvenli bir *gelir kapısı* oluştururken, insanlar egemenlerin istediği gibi "çalmadan" yaşamaya özendirilmektedir. Oysa tanrılar bir insanın, bir başkasını zorla (örneğin savaşta esir alarak) köleleştirmesine ve onu öldüresiye sömürmesine (emeğini çalmasına) kızmamakta ve bunu yapanları hasta etmemektedir.

Kuşkusuz Sümerler çağında sağlık sorunları, günümüzde olduğu gibi, insanların en önemli sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktaydı. Hastalıkların etiyolojisini *tanrısal bir ceza* olarak anlayan ve açıklayan Sümer insanı, sağlığını korumak ve hastalandığında iyileşmek için de yine tanrılardan medet ummuştu. Bu amaçla tanrılar için inşa edilen tapınaklarda görevli din adamları da, insanlar ve tanrılar arasında aracılık işlevi üstlenmişlerdi.

Sağlık bilgisinin giderek belli ellerde toplanması ve bu alanda uzmanlaşmanın bir sonucu da, *iyileştiriciliğin* geçim sağlanan iyi bir meslek ha-

line gelmesidir. Hammurabi Yasaları'nda hekimlere mesleki uygulamaları karşılığında yapılacak ödemeleri düzenleyen maddeler vardır. Mısır papirüsleri de sağlığın ve tıbbın insanlığın bu dönemlerindeki durumuna ilişkin geniş bilgiler sunmaktadır. İran'dan İsrail'e, Hindistan'dan Çin'e dönemin bütün uygarlıklarında sağlığa yaklaşım *dinseldir* ve az çok birbirine benzer.

Bu süreçte hastalıkların tanrısal bir ceza olarak görülmesi ile hastalıklardan korunmak veya iyileşmek için tanrılara yakarılması ve kurbanlar verilmesi tam bir *tutarlılık* gösterirken, zaman içinde hastalıkların tanrılardan geldiğine inanmaya devam edilmesine karşın, hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisi için *dünyevi yöntemler* kullanılmaya başlanması bir *çelişki* oluşturmaya başlamıştır.

Örneğin Yahudiler çok tanrılı dinlerini terk ederek tek tanrıya inanmaya başlamalarına karşın, kutsal kitapları Tevrat'ta hastalıklar yine tanrının kullarına verdiği cezalar olarak tanımlanmaya devam etmektedir. Özellikle *salgın hastalıkların yoldan çıkan toplumları yola getirmek için gönderildiği* belirtilmektedir. Oysa bu dönemde Yahudiler, örneğin vebanın bulaşması ve yayılmasında farelerin rol oynadığını, bazı hastalıkların yiyeceklerle ilişkili olduğunu (domuz eti yemek yasaklanmıştır) ve hastalıklardan korunmada temizliğin önemini çoktan kavramışlar, hatta tarihte ilk kez bir *bulaşıcı hastalık ihbarı sistemi* geliştirmişlerdir[21].

Mısırlı hekimler de hastalıkların tedavisinde büyüye çok az yer veriyor ya da büyüyü diğer tedavilerle birlikte kullanıyorlardı. Hipokrat döneminden *bin yıl* kadar eski olan Ebers Papirüsü 875 reçeteden oluşmaktaydı ve bunlardan sadece 12'sinde *büyüye* yer verilmekteydi. Yani dünya aslında hastalıkların tanrıların gazabı olmadığını uzun yıllardır biliyor olmalıydı. Aksi halde neden Mısırlı hekimler daha o dönemlerde belirli hastalıklar ya da organlar üzerinde uzmanlaşmaya başlasınlar? Nasıl olsa hastalığın tedavisi tanrının gönlünü almaktan geçmeyecek miydi?

Hastalıkların etiyolojisinde *ilahi değil, dünyevi etkenlerin* yer aldığını söyleyebilmek kolay değildi. Köleler üzerindeki egemenliklerini tanrılardan aldıkları güce dayandıran köle sahiplerinin otoriter yönetimleri

21 Difteri vakasıyla karşılaşıldığında, borazanlarla çevreye duyuruluyordu.

buna asla izin veremezdi. Bu tür şeylerin konuşulabilmesi için demokratik ve laik bir iklime gereksinim vardı ve bu iklim tarihte ilk kez eski Yunanistan'da boy gösterdi.

Hekimlik ve laiklik

Eski Yunanistan'da da başlangıçta dünyanın diğer coğrafyalarında olduğu gibi insanların sağlığa yaklaşımı dinseldi ve sağlıkla ilgili 30 kadar tanrı ve tanrıça bulunuyordu. Bunlar arasında en tanınmış sağlık tanrısı olan Aesculap adına inşa edilmiş çok sayıda tapınak vardır. Ancak Yunanistan'da *demokratik* bir yönetim kurulmasıyla birlikte Yunanistan, bilimde ve düşünsel yaşamda büyük bir atılım dönemine girmiş ve günümüzden 25 yüzyıl önce, aslında yalnızca bir asırdan biraz uzun süren bu demokratik iklim[22], bilimsel tıbbın temellerinin atılabilmesi için gereken yolun açılmasını sağlamıştı.

Bu ortamda İyonyalı *Hipokrat*, aslında diğer coğrafyalarda da bilinen, fakat firavunların ya da kralların gazabına uğramamak için dile getirilemeyeni dillendirebilmiş ve sağlık üzerindeki dinsel örtüyü kaldırıp atmıştır. Dünya daha sonraki dönemlerde de benzer durumlara birçok kez sahne olacaktır. Bugün, Avrupa'da birçok bilim insanının Galileo Galilei'den çok daha önce güneşin dünyanın etrafında değil, fakat dünyanın güneşin etrafında döndüğünü keşfettiğini, ancak Galileo'ye kadar kimsenin kutsal kitapları ve kiliseyi karşısına almaya cesaret edemediğini biliyoruz.

Yunan demokrasisi içeriden ve dışarıdan gelen saldırılar karşısında uzun süre direnememiş ve tarih sahnesinden çekilmiştir. Yunan mirasını kısmen devralan Roma, bu mirasın köle sahiplerinin egemenliğini tehdit edebilecek kısımlarını bir yana bırakarak yoluna devam etmiştir. Hekimlerin hastalıkların ardında dünyevi etmenler arama çabalarına son verilmiş ve *Galen*'le birlikte tıbbın yüzü yeniden tanrılara çevrilmiştir.

Romalılar döneminde bir yanda *dünyevi* hijyen ve sanitasyon hizmetlerinde çok büyük ilerlemeler yaşanırken, diğer yanda tedavi edici hekimlik üzerinde din ve büyünün etkisi son derece artmıştır. Yahudilikten sonra ortaya çıkan ikinci büyük tek tanrılı din olan Hıristiyanlık tarafından da tehdit edilmeye başlanan Romalı egemenler, miraslarını Bizans'a

22 Kuşkusuz bu demokrasi yalnızca köle sahipleri ve yöneticiler içindir.

devrederek tarihten çekilmişlerdir.

Köleci toplumların yerlerini feodal toplumlara bırakmaya başladığı dönemde Ortadoğu ve Kuzey Afrika'da yaygınlaşmaya başlayan son tek tanrılı din olan İslam, kendisinden önceki dinlerden farklı olarak kutsal kitabında hastalıkların etiyolojisini tanrısal cezalar olarak tanımlamamakla birlikte, etiyoloji ve tedaviden dini tamamen dışlamamaktadır. İslam tıbbı üzerinde Galen'in etkileri gözlenmektedir.

Bugün *ortaçağ* olarak tanımladığımız günümüzden 1500 yıl önce başlayarak bin yıl kadar süren dönem, insanın yeryüzünde daha büyük topluluklar halinde yaşamaya başladığı ve ticaretin, özellikle ulaşımda deniz yolunun daha fazla kullanılmaya başlamasıyla, dünyanın en uzak köşelerini birbirine bağlamaya başladığı bir dönemdir. Dönemin bu özellikleri, bu yıllar içinde ticaretin ve kentleşmenin en yoğun yaşandığı kıta olan Avrupa'da sayısız salgınların patlak vermesine ve çok sayıda insanın bu salgınlarda yaşamlarını yitirmesine neden olmuştur.

Yunanistan hekimlerinin kısa bir süre için dahi olsa gökyüzünden yeryüzüne indirebilmeyi başardığı, fakat Galen'le birlikte yeniden gökyüzüne çıkan tıbbın, bir kez daha yeryüzüne inebilmesi için uygun ortam *rönesans* (yeniden doğuş) ile gelmiştir. Feodalitenin bağrında doğan kapitalizm İtalya'dan başlayarak birkaç yüzyıl içinde Avrupa kıtasına yayılır. Buna eşlik eden reform hareketi de, feodalitenin en büyük dayanağı olan Papalığı sarsarak Avrupa'da, Yunanistanlı hekimlerin asırlar önce Ön-Asya'da yakaladığı ortama benzer özgür bir ortam yaratır. Bu kez tıbbı yeryüzüne indirmek görevini *Paracelcus* (1493-1541) üstlenmiş ve Basel'de Pazar meydanında Galen ve İbn-i Sina'nın eserlerini yakarak, tıbbın ortaçağına son vermiştir.

Paracelcus'u izleyen yıllarda çok sayıda bilim insanı bedenin "sırlarını" ortaya çıkartma çabasına girişmiştir. İnsan anatomisini daha detaylı öğrenmeye ve organların işlevlerini anlamaya çalışan çok sayıda çalışma yapılmıştır. William Harvey (1578-1657) kan dolaşımının sırlarını açığa çıkartarak, "ruhun" insanın içinde kalan son kırıntılarını da süpürüp atmıştır. Kan dolaşımını ruhlar değil, basit bir hidrolik pompa sağlamaktadır. Aristo'dan Galen'e kadar pek çok otoritenin o güne kadar kalbe

atfettikleri pek çok işlev, bir anda buharlaşıvermiştir.

Dünyanın ekseni zaman içinde giderek "batıya" kayarken, başta Çin ve Hindistan olmak üzere eski doğu uygarlıkları bu gelişmelerden görece uzak kalmışlardır. Öyle ki, bu ülkelerde günümüzde dahi batıda oldukça yaygın olan tek tanrılı dinlerin etkisi çok sınırlıdır ve her ne kadar batılı tıbbın uygulandığı modern sağlık kurumları hizmet sunsa da, halklar arasında sağlığa mistik yaklaşımlar egemenliğini sürdürmektedir. Sosyalizmin çözülmesiyle birlikte dinsel gericiliğin yaygınlaştığı ve halkların yeniden inançlara sığındığı günümüzde, tıpta dinsel yaklaşımların hortlaması ve "alternatif tıp" adı altında piyasaya sürülmesi tesadüf değildir.

Makinenin bozulması olarak hastalık

İnsanın sağlığa/hastalığa ilişkin kavrayışı tarihsel ve toplumsal gelişim süreçleri içinde gelişerek ve değişerek günümüze ulaşmıştır. Binlerce yıl hastalıkları *tanrısal bir ceza* olarak kavrayan insan, sağlık sorunlarının çözümünü adaklarda, kurbanlarda, sihirlerde ve dualarda aramıştır. Dinin/metafiziğin toplumsal yaşam üzerindeki etkisinin görece zayıfladığı ve aklın güçlenmeye başladığı dönemlerde bilim tıp üzerinde egemen olmuş ve sağlık sorunları dünyevi nedenlerle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır.

On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde bilim ve teknolojide görülen devasa gelişmeler, geleneksel tıbbı ve sağlık anlayışını bütünüyle değiştirmiştir. Mikroskobun bulunması ile enfeksiyon ajanları görünür kılınmış ve sağlık sorunlarını açıklayan yeni modeller geliştirilmeye başlanmıştır.

Mekanik sağlık anlayışı

Sağlığa *mekanik* (veya biyomekanik) yaklaşım, sağlığı basitçe *hastalığın olmayışı* olarak tanımlar. Bu anlayışın kaynağı, genel olarak ortaçağ sonrasında bilim dünyasına egemen olan *pozitivist* ideolojinin ve *mekanik nedensellik* yaklaşımının tıp biliminde de ağırlığını hissettirmesidir.

1596-1650 yılları arasında yaşamış olan *René Descartes* tarafından temelleri atılan mekanik sağlık anlayışında insan, tanrı tarafından mükemmel bir saat gibi çalışmak üzere kurulmuş bir varlıktır. Bu anlayışa göre insan, beden *(res extensa)* ve ruhtan *(res cogitans)* oluşur. Mekaniğin ge-

nel yasaları insan bedeni için de geçerlidir.

Descartes'ın dünyayı anlamakta ve açıklamakta kullandığı yöntem, önce doğruluğu *sezgisel* (intutitive) olarak kavranabilecek sağlam bir nokta bulmak ve sonra bunun üzerinde bir senteze ulaşmaktır. Kuşkusuz burada en önemli sorun doğruluğu sezgisel olarak kavranabilecek sağlam bir noktanın yani *bilginin* nasıl bulunacağıdır. Matematik, fizik ve özellikle optik bilimindeki gelişmeler bilgiye/gerçeğe ulaşmakta duyu organlarına çok güvenilemeyeceğini ortaya koymuş ve insan o güne kadar bilgi edinmekte kullandığı en önemli aracı yitirmiştir.

Descartes bilgiye nasıl ulaşılacağı sorusuna ünlü deyişiyle yanıt verir: *Cogito ergo sum* (düşünüyorum, o halde varım). İnsan ancak düşüncesinin/bilincinin gerçekliğine güvenebilir. *Rasyonalizm* (akılcılık) felsefesinin temeli olan Descartes bu önermesiyle, o güne kadar bilgiye ulaşmakta kullanılan bilimsel yöntemi *(tümdengelim)* reddetmekte, aklı bilginin kaynağı olarak sunmaktadır.

Gerçeği/dünyayı doğru olarak kavrayacak bilginin yapısını bu şekilde ortaya koyan Descartes, gerçeği de yapısal bakımdan birbirinden farklı olan cisim/madde (düşünmeyen ama uzayda yer kaplayan şey) ve ruh (uzayda yer kaplamayan ama düşünen şey) olarak ikiye ayırır *(dualizm)*. Böylece Descartes dünyayı (olayları ve olguları) tamamen *mekanik* olarak kavrayan bir anlayışa ulaşır.

Descartes'ın doğası bir makine gibi çalışır. Doğada olup biten her şey *dışarıdan* bir etkiyle meydana gelir. Bütün bunlar cansız doğa için olduğu kadar, canlı varlıklar için de geçerlidir. Canlıların cansızlardan tek farkı, canlı varlıkların daha karmaşık makineler olmasıdır. Descartes'ın insana mekanik yaklaşımına en güçlü destek, çağdaşı William Harvey'nin kan dolaşımını, kalbin pompa işleviyle açıklamasıyla (1628) gelmiştir.

Ancak canlılar içinde insanın farklı bir yeri vardır. İnsan da bir *makinedir*, fakat *ruhları olmayan* diğer canlılardan (bitkiler ve hayvanlardan) farklı olarak insanda, bitki ve hayvanlardaki gibi mekanik olarak açıklanabilecek istençsiz hareketler (solunum, dolaşım vb) yanında, mekanikle açıklanamayacak, doğrudan doğruya r*uhun etkisiyle* meydana gelen istençli hareketler vardır.

Pozitivizmle birlikte hasta *tıbbın nesnesi* haline gelirken, hastanın öyküsü de *hastalığın öyküsüne* indirgenmiştir. Anatomi ve fizyoloji birbirine bağlanmış ve dikkatin odağına dokunun yerini alan hücre geçmiştir. Deney, istatistik ve nedensel düşünce tıbbi araştırmanın temeli haline gelmiştir. Tanı ve tedavide *Kartezyen* (Dekartçı) mekanik yapı ve işlev esas alınmıştır.

Pozitivizme göre bilim *genele* ulaşmak için *özelden* yola çıkmalı ve sağlık sorunlarını da, doğa kurallarına bağımlı *doğa olayları* gibi ele almalıdır. Bu anlayışla nedensellik, doğrudan gözlenebilen olguların ilişkisiyle kurulabilir ve açıklanabilir. Pozitivizm tıpta en açık şekilde insan bedeninin parçalara bölünerek ele alınmasında *(doku/organ/sistem temelinde uzmanlaşma)* kendisini göstermektedir.

Pozitivist - mekanik anlayışa göre hastalığa, hastalıkla daima ilişkili olan ve gözlenebilen bir veya birkaç etmen neden olmaktadır. Hastalıklara mikro düzeyde bakılarak, sağlığın *toplumsal* belirleyicileri etyopatogenezin dışında bırakılmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse; mekanik yaklaşım veremi, insan bedeninin tüberküloz basiline maruz kalmasını izleyerek ortaya çıkan bir hastalık olarak tanımlar. Maruziyet vücutta patolojik değişikliklere yol açar ve bunlar akciğer tüberkülozunda akciğer grafisinde gözlenebilir. Basil kan veya balgam kültürüyle tanımlanabilir. Hastalık, öksürük, hemoptizi, kilo kaybı ve ateş gibi bulgular verir. Hastalığın nedeni *basildir* ve tedavisi ilaçlarla basilin vücuttan uzaklaştırılarak bedenin sağlığa kavuşturulmasıdır.

Mekanik model bireyleri ve toplumu, sağlığı bireysel bir sorun olarak görmeye teşvik eder. Sağlık üzerine etkili olabilecek bireyin bedeni dışındaki olaylar (çalışma koşulları, çevre vb) hekimin mesleki ilgi alanı dışında kalır. Bu durum hekim - hasta ilişkisinde sağlık alanındaki otoriteyi hekimin özellikle tanı için kullandığı uzmanlık ve beceriye vererek hastaya pasif bir rol tanımlar. Öte yandan hekimle ilişkisinde *pasif* olan birey, sıra kendi sağlığını korumaya ve yitirdiğinde yeniden kazanmaya geldiğinde kendi başınadır, çünkü sorun kendi bireysel sorunudur.

Mekanik - bireysel yaklaşımın temel özelliklerini ve tıp ve sağlık anlayışı üzerine etkilerini özetlemek gerekirse:

- Hastanın içinde yer aldığı toplumsal ve çevresel bağlama değil, *kendisine* odaklanır
- İnsanı önce beden ve ruh olarak ikiye ayırır, sonra bedenini de parçalara ayırarak hücre ve hücre altı düzeylerde ele alır
- Hastalığın biyolojik etkenine odaklanarak diğer (çevresel, psikososyal vb) etkenlere daha az önem verir

Bu anlayışla hekime ve dolayısıyla tıp eğitimine biçilen rol, hastalığa neden olan biyolojik etkeni ortaya çıkartmak ve biyolojik etkenle mücadele ederek bireyi sağlığına kavuşturmaktır.

Sosyal bir olgu olarak hastalık

Toplumcu tıbbın babası olarak bilinen *Rudolf Virchow*, bu unvanını hastalıkların ve ölümlerin toplumsal - ekonomik nedenlerini ortaya koyduğu, diğer bir deyişle morbidite (hastalık) ve mortalitenin (ölüm) hangi toplumsal koşullar içinde ortaya çıktığını açıkladığı *Yukarı Silyezya Tifus Salgını Raporu*'na borçludur. Sağlık sorunlarının analizinde Hegel'in *diyalektik* yöntemini benimseyen Virchow, raporunda biyolojik ve toplumsal sorunlara diyalektik yaklaşımın başarılı bir örneğini sunar.

Diyalektik yaklaşımın üstadı Hegel yaşamın hastalık olmadan olamayacağını; her organizmanın "ölüm mikrobu" ile doğduğunu, tedavinin hastalığı sağlığın tümden yitimi olarak değil, daha çok fiziksel güçler içinde veya fiziksel güçler arasında bir çatışma olarak öngördüğünü öne sürmüştür.

Ancak Hegelci *idealizmi* reddeden Virchow, *maddeciliği* benimsemiştir. Biyolojide *diyalektik maddeci* bir yaklaşım oluşturma çabalarında F. Engels'in *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu* isimli çalışmasından geniş ölçüde yararlanmış ve yoksulluk ve hastalık arasındaki ilişkileri göstermek için Engels'in verilerini kullanmıştır.

Diyalektik maddeci sağlık anlayışı

İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu, *Friedrich Engels* tarafından kaleme alınan ilk kitap olup, 1845 yılında yayınlanmıştır. Engels bu yapıtının her sayfasında kapitalist üretim tarzı ve toplumun kapitalizmin (sermayenin) gereksinimlerine göre örgütlenmesi ile hastalık ve ölüm arasındaki

ilişkiye örnekler sunmuş ve bugün *sağlığın toplumsal belirleyicileri* olarak tanımlanan gelir, barınma, beslenme, eğitim vb. gibi sosyal belirleyicilerle hastalıklar ve ölüm arasındaki ilişkiyi ilk kez bilimsel kanıtlarla ortaya koymuştur.

Son yıllarda yapılan araştırmalar sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin, beklenen yaşam süresi üzerine katkısının yüzde 25 kadar olduğunu (bazı kaynaklarda yüzde 10 - 15), gündelik yaşamın maddi koşullarındaki iyileşmelerin katkısının çok daha büyük olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Sağlığın toplumsal belirleyicilerinin başında gelir ya da zenginlik gelmektedir ve gerek bireyler ve gerekse toplumsal sınıflar arasında sağlık düzeyine ilişkin farklılıkların (eşitsizliklerin) esas nedenini, bireyler ve toplumsal sınıflar arasındaki gelir ve zenginlik farkı (eşitsizlikleri) oluşturmaktadır. Bunun nedeni, gelir ya da zenginliğin, kendi başına sağlığı belirleyen bir faktör olmanın ötesinde, sağlığı belirleyen diğer toplumsal faktörler üzerinde de belirleyici olmasıdır. Sağlığı belirleyen diğer toplumsal faktörler, erken çocukluk döneminin kalitesi, eğitim, konut, gıda, istihdam ve çalışma koşulları, bireylerin gelirleri ve zenginlikleri tarafından belirlenmektedir. Öte yandan gelir değişkeninin de toplumların *üretim tarzı* tarafından belirlendiğini unutmamak gerekir.

Virchow hastalığın etiyolojisinde biyolojik etmenlerden çok, hastalıkların ortaya çıktığı *tarihsel ve maddi* koşullara vurgu yapmıştır. Çok-etkenli etiyolojik analizinde hastalıkların oluşmasında ve gelişmesinde en önemli *nedensel* etkenin, insanların gündelik yaşam ve çalışma koşulları *(yeterli şart)* olduğunu öne sürmüştür. Bu bakış açısı, etkin bir sağlık bakımı sisteminin kendisini tekil hastaların patofizyolojik sıkıntılarını tedavi etmekle sınırlayamayacağına işaret etmektedir. Buradan hareketle Virchow, devlet tarafından istihdam edilmiş sağlık emekçilerinin görev aldıkları, kamusal mülkiyet altında ve kamu tarafından işletilen bir bütüncül sağlık bakımı kurumları sistemi, bir *kamusal sağlık hizmeti* öngörmüştür. Bu sistemde sağlık bakımı anayasal bir vatandaşlık hakkı olarak tanımlanmaktadır. Virchow'un *Armendärtzen* (yoksulların hekimi) olarak adlandırdığı kamu sağlığı hekim emekçilerinin etkinlikleri, doğrudan bakımla birlikte yoksulların avukatlığını yapmayı da içerir. Virchow'un halk sağlı-

ğı anlayışının diğer iki ilkesi önleme ve yurttaşların maddi güvencesinin sağlanmasında devlet sorumluluğudur.

Dinamik - toplumcu yaklaşımın temel özelliklerini ve tıp ve sağlık anlayışı üzerine etkilerini özetlemek gerekirse:

- Hastanın gündelik yaşam koşullarına odaklanarak *hastalığı değil sağlığı* öne koyar
- Hastalığın ortaya çıktığı *toplumsal* koşullara vurgu yapar
- Hastalığın biyolojik etkeninin *hangi koşullar* altında hastalık yapabildiğine önem verir

Bu anlayışla hekime ve dolayısıyla tıp eğitimine biçilen rol hastalık üreten koşullarla mücadele etmek ve hastaları bedenleri, ruhları ve toplumsal ve fiziksel çevreleriyle bir bütün olarak değerlendirmektir.

Mekanik ve diyalektik maddeci yaklaşımlar arasındaki mücadele

Avrupa'da on dokuzuncu yüzyılın ortasında Fransa'da *Villermé, Buchez* ve *Guérin*; Almanya'da *Neumann, Virchow* ve *Leubuscher* başta olmak üzere birçok hekim hastalıkların ekonomik, toplumsal ve mesleki nedenleri üzerinde çalışmaktadır. Birçok araştırmacı, Avrupa emekçileri arasında yüksek hastalık hızları ve erken ölümlerin ana nedeni olarak insanlık dışı ve tehlikeli çalışma ortamlarını, işsizliği, sefil yaşam koşullarını, yetersiz beslenmeyi ve genel yoksulluğu tanımlamakta ve bu durumu istatistiksel olarak belgelemektedir.

Çağdaşları *Lister, Pasteur* ve *Koch* gibi bilim insanları ise mekanik - bireyci sağlık anlayışını benimseyerek çalışmalarında bireye ve biyolojik etkenlere odaklanmış, hastalıkların nedenlerini toplumsal ve ekonomik koşulların dışında, hastalıklara özgü mikroskobik organizmalarda aramaktadırlar. Bu anlayış, özgün patolojik durumların özgün tedavilerle sağaltılacağı esasına dayanmaktadır.

İki anlayış arasındaki mücadele özünde emeğin ideolojisiyle, sermayenin ideolojisi arasındaki mücadelenin sağlık alanındaki görüngüsünden başka bir şey değildir. Emek ve sermaye dünyayı ve olayları kendi bakış açılarından açıklamaya çalışmaktadır; sıra hastalıkların nedenlerinin açıklanmasına geldiğinde sermayenin aydınları ile emeğin aydınları hastalıkların nedenlerinin 'tanrısal' ya da 'tesadüfi' olmadığı konusunda

hemfikirdir, ancak emeğin aydınları bu nedenlerin *toplumsal* temelleri olduğunda ısrar ederken, sermayenin aydınları *bireysel* olduğunu iddia etmektedirler. Sermayenin aydınları hastalıkların altında kapitalist üretim ilişkilerinin ve bunun üzerinde yükselen kapitalist toplumun yattığını kabul etmek yerine, hastalıkları o dönemde her gün bir yenisi keşfedilen mikroorganizmalara bağlamak *(mikrop/germ teorisi)* eğilimindedirler.

Tanınmış Alman hekim *Emil von Behring*, yirminci yüzyılın eşiğinde 'her hastalığa yol açan bir mikrop' bulunduğunu ve hastalıkların toplumsal koşullardan tamamen bağımsız olduğunu savunmakta, Virchow'u bilimin ortaya koyduğu "gerçekleri" yadsımakla suçlamaktadır. Virchow ise inatla, hemen her gün yeni bir hastalık etkeninin izole edildiği ve buna karşı tedavilerin geliştirilmeye çalışıldığı bir ortamda, insan ve hastalık arasında *'çok-etkenli'* bir ilişki olduğunu savunmaktadır.

Virchow'un *Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu* çalışması bu iklimde ortaya çıkmıştır. Virchow bu çalışmasında salgında, hastalananlar ile hastalık etkeni dışında başka birçok toplumsal ve ekonomik etkenin de ilişkili olduğunu bilimsel olarak ortaya koymuştur. Bu ilişki von Behring'in iddia ettiği gibi basitçe 'maruz kalma - hastalanma' ilişkisi değil, 'maruz kalma - enfekte olma - hastalanma' ilişkisidir. Bu durum şu anlama gelmektedir: aynı etkene maruz kalan herkes hastalanmamakta, başka koşullar mikroorganizmanın kişiyi enfekte edip etmemesinde rol oynamakta ve sadece enfekte olanlar hastalanmaktadır. Bu açıklama, bugün epidemiyoloji biliminin temelini oluşturan ve son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıklarda da yaygın olarak kullanılan *'epidemiyolojik üçgen'* düşüncesinin filizidir.

Bu iki anlayış arasındaki mücadelenin açık bir çatışmaya dönüştüğü yer 1882 Berlin'idir: Koch 1882 yılında *Berlin Fizyoloji Derneği*'nde buluşunu (tüberküloz basili) sergilediğinde, birçok bilim insanı *basilin vereme neden olduğu düşüncesini* reddetmiştir. Virchow ve diğerleri sağlıklı insan bedenlerinde de patolojik mikroorganizmalar yaşayabildiğinden, bunların *tek başlarına* hastalık nedeni olamayacağını *(gerekli fakat yeterli değil)* savunmuşlardır. Onlara göre istilacı mikroorganizma *ancak* beden fizyolojik veya çevresel sefaletle zayıf düştüğünde hastalığa neden

olabilmektedir. Koch ve arkadaşları tezlerini bilimsel çevrelerde kabul ettirebildiklerinden değil, çalışmalarını sürdürebilmeleri için egemen sınıflardan gerekli maddi desteği sağlayabildiklerinden "başarıya" ulaşabilmişlerdir.

Sermayenin tıbbına karşı *emeğin tıbbı* bu süreçlerin bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Engels ve Virchow'un öncülük ettiği bu düşünceler on dokuzuncu yüzyılın sonlarında Avrupa'da devrimci hekimler arasında yaygınlaşmış ve ilk olarak Paris Komünü'nde hayat bulmuş, oldukça kısa süreli bu deneyimin ardından Sovyetler Birliği'nde 1917 Büyük Ekim Devrimi ile ete kemiğe bürünerek (Semaşko Modeli) kendisini kanıtlama olanağı bulmuştur.

On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren sağlığın bireysel değil toplumsal bir sorun olduğu, bu bağlamda tek tek bireylerin çabalarının ne sağlıklarını korumaya ne de yitirdiklerinde yeniden kazanmaya yetmeyeceği bilimsel olarak ortaya konmuş olmasına karşın, *mekanik - bireyci yaklaşım* ana-akım tıp ve sağlık ortamı üzerinde egemenliğini (Flexner Modeli) sürdürmeye devam etmektedir.

Tablo 3. Hastalık kavramının evrimi

Yaklaşım	Etiyoloji	Tedavi
Şamani	Doğaüstü güçler - mistisizm	Dua, adaklar ve ayinler
Mekanik	Tek etken	Biyomedikal yaklaşım
Diyalektik maddeci	Çok etkenlilik	Biyopsikososyal yaklaşım

Hastalıklara toplumcu yaklaşım

Hastalıklar ile insanların çalışma ve yaşam koşulları arasındaki ilişkiler on dokuzuncu yüzyılın başlarından itibaren hekimlerin ve aydınların dikkatini çekmeye başlamıştır. Bu ilişkiler ilk kez Louis René Villerme tarafından bu yüzyılın ilk çeyreğinde *bilimsel* olarak ortaya konmuştur. Daha sonraki yıllarda birçok hekim ve yazarın tıbbın dikkatini sağlığın ve hastalıkların toplumsal belirleyicilerine çekme çabalarına karşın, sermaye egemenliği altındaki coğrafyalarda egemen olan biyomedikal yaklaşım, sağlığı ve hastalıkları *biyolojiyle* açıklama çabalarını sürdürmüştür.

Yirminci yüzyılda sağlıkta toplumcu yaklaşımı benimseyen ülkeler, tıpta ve sağlıkta çok önemli başarılar elde etmişlerdir. Sermayenin egemen olduğu coğrafyalarda yaşayan toplumlar bu başarılardan İkinci Paylaşım Savaşı döneminde haberdar olmuşlar ve sağlık hizmetlerinde kimi toplumcu değişikliklere gitmişlerdir. Ancak bu değişimler genel olarak insanların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmakla sınırlı kalmış ve sağlığı ve hastalıkları toplumsal boyutlarından arındırıp, salt biyolojiyle açıklayan biyomedikal paradigmada herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Böylece toplumcu tıp yirminci yüzyıl boyunca sosyalist veya yüzünü sosyalizme çevirmiş ülkelerle sınırlı kalmıştır.

Yirmi birinci yüzyıla girildiğinde sermaye egemenliği altındaki coğrafyalarda tıp ve sağlık hizmetleri ciddi olarak sorgulanmaya başlamıştır. Aslında bu sorgulama İngiltere'de 1980'de yayınlanan fakat Thatcher hükümeti tarafından üzeri örtülen Black Raporu *(Sağlıkta Eşitsizlikler: Araştırma Grubu Çalışma Raporu)* ile başlamıştır. Rapor'da İngiltere'de 1948 yılında kabul

edilen sosyalleştirme yasasının, sağlık hizmetine erişim önündeki engelleri ortadan kaldırmış olmasına rağmen, sağlıkta eşitsizlikleri gideremediğini, aksine geçen 30 yılda bu eşitsizliklerin daha da arttığını ortaya koymuştur.

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru hastalıklarla insanların çalışma ve yaşam koşulları arasındaki ilişkileri ortaya koyan devasa kanıtlar karşısında duyarsız kalamayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2005 yılında *Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu*'nu (DSÖ-STBK) kurmuştur. Komisyon çalışmalarını 2008 yılında tamamlayarak, sağlıktaki eşitsizliklerin toplumdaki eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıktığı ve sağlıktaki eşitsizliklere insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullardaki eşitsizliklerin neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. İnsanları *"hastalıkların değil, eşitsizliklerin öldürdüğü"* gerçeğini kanıtlarıyla gözler önüne seren komisyon, toplumsal eşitsizliklerin itici gücünün de güç, para ve kaynaklardaki eşitsizlikler olduğunu ilan etmiştir.

DSÖ'nün Villermé'den neredeyse iki yüz yıl sonra da olsa bu sonuçlara ulaşabilmiş olması kuşkusuz insanlık için büyük bir kazanımdır. Ancak DSÖ ne yazık ki bu tespitlerinin altını doldurmakta isteksizlik göstermektedir. Vicente Navarro DSÖ'nün "cinayeti" tarif ettiğini fakat "katili" göstermekten kaçındığını belirterek, DSÖ'nün güç kategorilerini (sınıf gücü, toplumsal cinsiyet, etnik güç vb) ve politik kurumlarda gücün nasıl üretildiğini ve yeniden üretildiğini ağzına almaktan kaçındığını ifade etmektedir. Bu durumda tartışma sosyo-ekonomik dezavantajların veya elverişsiz maddi yaşam koşullarının sağlık üzerine olumsuz etkileriyle sınırlı kalmaktadır. Her ne kadar sağlığın ve hastalıkların belirleyicileri olarak toplum içindeki gelir eşitsizliği ve sosyal sermayeye dikkat çekilse de, bunlar genel olarak "verili durum" kabul edilmekte ve örneğin sağlık üzerine olumsuz etkileri bulunan gelir eşitsizliklerinin nedenleri tartışılmamaktadır. Oysa böyle bir tartışma bizi kaçınılmaz olarak toplumun *üretim tarzını* tartışmaya götürecektir.

Üretim tarzı ve sağlık

DSÖ sağlığın toplumsal belirleyicilerine ilişkin bir kavramsal çerçeve oluşturmuştur. Buna göre sağlık, *yapısal ve aracı belirleyiciler* üzerinden belirlenmektedir.

Yapısal belirleyiciler iki kategoride değerlendirilmektedir:

Sosyo-ekonomik ve politik bağlam (yönetim, makroekonomik politikalar, kamu politikaları, kültür ve toplumsal değerler)

Sosyo-ekonomik durum, toplumsal yapı ve eğitim, istihdam ve geliri koşullayan toplumsal sınıf.

Yapısal belirleyicileri sağlık çıktılarına bağlayan etmenler, yani maddi yaşam koşulları (yaşam ve çalışma koşulları), davranışsal ve biyolojik öğeler, psikososyal etmenler ve sağlık sistemi ise *aracı belirleyicilerdir.*

Paradigma böyle kurulduğunda sağlığı iyileştirici eylem önerileri de tanımlanan *nedenlere* yönelik olmakta, fakat *nedenlerin nedenlerine* çıkılamadığından toplumsal belirleyicilerin tarihsel olarak koşullanmış süreçler olarak görülmesi mümkün olamamaktadır. Bu durumda sağlığı iyileştirici yaklaşımlar *risk etmenlerine* odaklanmakta ve yapısal süreçler yerine izole etmenleri değiştirecek politikalar aranmaya başlanmaktadır.

Tablo 4. DSÖ'nün kavramsal çerçevesi

SAĞLIĞIN TOPLUMSAL BELİRLEYİCİLERİ			
YAPISAL		ARACI	
Sosyo-ekonomik ve politik bağlam	Sosyo-ekonomik konum		SAĞLIK VE İYİLİK
Yönetim	Sosyal sınıf	Maddi koşullar	
Politikalar • Makro • Sosyal • Kamu	Eğitim düzeyi Meslek Gelir	Biyolojik etmenler Davranışsal etmenler Psikososyal etmenler	
Toplumsal ve kültürel değerler	Topl cinsiyet Etnisite	Sağlık sistemi	

Kaynak: Solar ve Irvin, 2010: 48'den uyarlanmıştır.

Oysa *nedenlerin nedenlerine* çıkıldığında, DSÖ'nün yapısal belirleyicileri bizi doğrudan doğruya toplumun *üretim tarzına* götürmektedir. Üretim tarzı, toplumsal üretim ilişkilerinin kendine özgü biçimiyle belirlenen ve üretici güçlerin belli bir düzeyine karşılık gelen temel iktisadi örgütlenme tarzı ya da aşamasını ifade eder. Bunu *üretim biçimi* veya *toplumun örgütsel yapısı* şeklinde ifade edenler de vardır.

Tarihte sağlığın ve hastalıkların belirleyicileri içinde toplumun *üretim tarzına* özel bir yer veren ilk hekim Rudolf Virchow'dur. Virchow'a göre insanlar doğal çevrelerine çok iyi uyum sağlamış canlılardır. Bir hastalığın toplumun geniş bir kesimini etkilemesi ancak *normal toplumsal süreçlerin parçalanmasıyla* mümkün olabilir. Virchow bu bakış açısıyla tifüs salgınını araştırmak üzere görevlendirildiği Yukarı Silezya'da salgının kaynağını toplumun üretim ilişkileri içinde aramış ve bu tür salgınların bir daha tekrarlanmaması veya ağır sonuçlar yaratmaması için bu ilişkilerde değişim önermiştir: *tam ve sınırsız demokrasi, toprak reformu, devlet ve kilisenin kesin ayrımı vb.*

Sermaye "aydınları" üretim ilişkilerini sorgulamak yerine suçu sanayileşmenin "istenmeyen etkilerine" atarak, dikkatleri üretim tarzından uzaklaştırmaya çabalamaktadırlar. Çoğu sağlık sorunu gerçekten de üretim süreçlerindeki maruziyetler sonucu ortaya çıkmaktadır, ancak burada sorun üretim süreçlerine egemen olan *kâr güdüsüdür*. Sorunların sanayiye düzenlemeler (örneğin işçi sağlığı ve iş güvenliği veya çevre tedbirleri) getirilerek aşılabileceğini savunan sermaye aydınları, bu düzenlemelerin kapitalist toplumlarda üretimin amacıyla çelişki içinde olduğunu görmezden gelmektedir.

Toplumcu tıbbın başarısının sırrı

Toplumcu tıp yaklaşımının başarısı, bu yaklaşımın toplumun üretim tarzına hitap etmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle toplumcu yaklaşımda sağlık ve hastalıklara müdahaleler *teknik* düzeyde değil, *toplumsal ve politik* düzeyde ele alınmaktadır. Bu nedenle sağlıkta sosyalist ülkelere öykünen sermaye egemenliği altındaki ülkelerde toplumcu uygulamalar, sosyalist ülkelerde olduğu kadar başarıya ulaşamamaktadır. İngiltere ve Kuzey Avrupa ülkeleri Sovyetler Birliği'nin sağlık hizmetlerini *sosyalleştirme* yaklaşımını benimsemiş, fakat bu yaklaşım Sovyetler Birliği ve diğer sosyalist ülkelerde sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesine yardımcı olurken, kapitalist ülkelerde aynı başarı elde edilememiştir.

Küba, toplumcu tıp düşüncesinin sınandığı ve başarıya ulaştığı çağdaş bir *laboratuvar* olmuştur. 1959 yılında diğer Karayip ülkeleri gibi bir sömürge olan Küba, kendisine benzer pek çok ülkede olduğu gibi yetersiz

beslenme, yüksek bebek ölümleri ve bulaşıcı hastalıklar gibi sağlık sorunlarıyla boğuşurken, Devrim sonrasında *üretim tarzının* değişmesiyle birlikte kısa zamanda bu sorunları alt etmeyi başarmış ve hâlâ dünyanın en yoksul ülkelerinden biri olmasına karşın, sağlıkta (ve başka birçok alanda) dünyanın en zengin ülkeleriyle yarışır hale gelmiştir.

Geçmişte Sovyetler Birliği ve diğer sosyalist ülkelerde sağlık alanında elde edilen ve bugün Küba ve Venezuela'da izlediğimiz başarıların ardında *risk etmenlerine* müdahaleden çok, bu etmenlerin içinde oluştuğu ve geliştiği toplumsal koşullara *(belirleyicilere)* müdahale yatmaktadır. Oysa sermaye egemenliği altındaki ülkelerde sağlık ve hastalıklara müdahaleler risk etmenlerini değiştirmekle sınırlıdır. Çoğu zaman risk etmenlerine ilişkin yaklaşımlarda *mağduru suçlayan* bir tutum benimsenmekte ve sorumluluk olabildiğince *bireylerin* üzerine yıkılmaya çalışılmaktadır.

Bir örnekle açıklamak gerekirse, çağımızın sağlık sorunları arasında ilk sırada yer alan kalp damar hastalıkları için hipertansiyon, tütün kullanımı, hareketsiz yaşam tarzı ve yüksek kolesterol gibi risk etmenleri sorumlu tutulmaktadır. Sermaye egemenliği altındaki coğrafyalarda bu riskler için *bireyler* sorumlu tutulmakta ve bireylerden sağlıklarını olumsuz etkileyen davranışlardan (diyet, tütün kullanımı, sedanter yaşam vb) uzak durmaları beklenmektedir. Oysa Küba ve Venezuela'da bireyleri suçlamak yerine toplumsal yaşamda bu risklerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan sosyal ve ekonomik koşullar araştırılmakta ve sorumluluk bireylere yıkılmayıp, etkili tedbirler devlet tarafından alınmaktadır.

DSÖ'nün sağlığın toplumsal belirleyicilerine ilişkin kavramsal çerçevesinin Tablo 5'teki gibi değiştirilmesinin, bu çerçeveyi sağlığı iyileştirecek adımlar atmakta daha işlevsel kılacağına inanıyoruz.

Tablo 5. Üretim tarzına vurgu yapan kavramsal çerçeve

Okuma 5

Neoliberal kapitalizm şamanları hortlattı

Neoliberal kapitalizmin dünyayı yeni bir "ortaçağa" sürüklediğine ilişkin yorumlar giderek artarken, bu eğilimin yalnızca sosyal ve siyasal yaşamla sınırlı olmadığı, tıp gibi bilimsel alanlarda da hızla bilimden uzaklaşılmaya başlandığı ve binlerce yıl önce terk edilmiş *ilkel* tıbbi uygulamaların neoliberal politikaları benimseyen ülkelerde yeniden yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir. Neoliberal politikalar Asya ülkelerinde tıbbın bilinen en ilkel biçimi olan *şaman tıbbını* desteklemekte ve teşvik etmektedir. Geçtiğimiz 20 yıl içinde dünyanın birçok ülkesinde büyü gibi arkaik yöntemler ve *hacamat* gibi ortaçağ tıbbi uygulamaları hızla yaygınlaşmış ve bilimsel tıbba rakip hale gelmiştir.

Şaman tıbbı, tıbbın bilinen en ilkel biçimi olup, günümüzden 5 bin yıl kadar önce köleci toplumlarda, tanrılarla "özel" bir ilişkileri olduğu düşünülen şamanlar tarafından uygulanmaktaydı. Hastalıkların tanrısal bir ceza olduğuna inanılan bu dönemlerde şamanlar, insanlar ile tanrı arasında oynadıkları aracı rol ile sağlık hizmeti (dualar, danslar, kurbanlar vb) sunuyorlardı.

Sovyetler Birliği'nin çözülmesinden sonra Rusya topraklarında, fakat aynı zamanda Alaska, Moğolistan ve Çin gibi komşu coğrafyalarda Şamanizmin "hortla(tıl)masına" tanık olundu. 1990'lı yıllarda "aniden" ortaya çıkan şamanlar, kendilerine başvuran hastaları artık çoktan tarihe karışmış olan yöntemlerle "tedavi" etmeye başladılar. Önceleri "şaka" gibi

görünen bu gelişmelerin aslında bizzat hükümetler tarafından beslendiği ve desteklendiği kısa sürede ortaya çıktı. Neoliberal politikaları benimseyen hükümetler, "tıbbi çoğulculuk" (medical pluralism) kisvesi altında şaman tıbbını desteklemeye başladılar.

Bugün Rusya hükümeti şamanlığı ve şaman tıbbını çeşitli şekillerde desteklemektedir: Şaman örgütleri ve şaman tıbbı uygulayan kurumlar ve kişilerin bu hizmetlerine *vergi muafiyeti* getirilmiştir. Dahası bu kişi ve kurumların belirli kamusal fonlardan yararlanabilmeleri sağlanmıştır. Bilimsel tıp uygulayan kişi ve kurumların sundukları hizmetler vergilendirilirken, şaman tıbbının vergiden muaf olması, Rus hükümetinin şaman tıbbına verdiği açık desteğin önemli bir göstergesidir. Ayrıca şamanlara ülkenin kamusal sağlık kurumlarıyla işbirliği olanakları da sunulmuştur.

Şamanlara devlet desteği verilmesi, şaman tıbbının hortla(tıl)ması için hayati önemdedir, çünkü şamanlığın "doğası" gereği, 2000'li yıllarda ortaya çıkan "şamanların" ciddi bir *meşruiyet* sorunu vardır. Bilindiği gibi şamanlık, hekimlik gibi üniversite kazanılarak ve tahsille edinilecek bir *meslek* değildir. Şamanlar tanrı tarafından "seçilmiş" insanlardır ve şamanlık iddiasında bulunan birinin insanları "ikna" etmesi gereklidir. Bu durumda örneğin Oleg Krashevsky gibi beyaz derili bir Rus'un (Rusya'nın en meşhur şamanlarından biri) şamanlık iddiası ancak devlet desteğiyle mümkündür.

Rusya'nın yakın komşusu Moğolistan'da da Şamanizm 1990'larda hortla(tıl)mıştır. Delaplace'a göre Moğolistan'da Şamanizmin hortla(tıl)ması için gerekli koşulları, bu ülkede sosyalizm çözüldükten sonra egemen olan *pazar ekonomisi* yaratmıştır. Ülkelerinin kapitalizmi benimsemesiyle birlikte hemen ticarete giren ve kısa zamanda büyük patronlar olmayı uman Moğollar, piyasanın gel-gitleri içinde uğradıkları ekonomik kayıplarını "talihsizliklerine" bağlayıp, üstlerindeki laneti kaldırmaları için Buryat şamanlarına koşmuşlardır. Buryat şamanların işlevlerini tıbbi uygulamalara genişletmeleri ve hasta kabul etmeye başlamaları çok uzun zaman almamıştır.

Gawecka, 1996-2000 yılları arasında Kazakistan'ın başkenti Alma-ata'da (1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in "2000 yılında Herkese

Sağlık" stratejisini ilan ettiği kent) ve 2011-2013 yıllarında Kırgızistan'ın başkenti Bişkek'te Şamanizmin hortla(tıl)masını gözlemlemiştir. Gawecka otoritelerin Şamanizme tutumunu *"pozitif, hatta zaman zaman destekleyici"* olarak tanımlamaktadır. Şaman tıbbı Kazakistan'daki bazı tıp fakültelerinde öğretilmekte ve kamusal sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır.

Günümüzde Sibirya bölgesindeki cumhuriyetlerde şamanlara iyileştiricilik yapabilmeleri için *sertifika* verilmeye başlanmıştır. 2005 yılında yalnızca Tuva'da sekiz şaman örgütü ve tahminen yüzlerce sertifikalı şaman bulunduğu belirtilmektedir. Ancak şamanların tıbbi uygulamaları ülkeden ülkeye büyük değişiklikler göstermektedir. Bazı ülkelerde şamanlar her türlü sağlık sorununa müdahale ederken, diğerlerinde kendilerini belli alanlarla sınırlamaktadırlar. Örneğin Özbekistan'da diğer ülkelerden farklı olarak şaman tıbbı yalnızca psikolojik - psikiyatrik durumlarla sınırlıdır. Bedensel rahatsızlıklarda bilimsel tıbba başvurulurken, ruh sağlığı şamanlara bırakılmıştır. Şamanlara hastalar kendileri doğrudan gidebildikleri gibi, bilimsel tıp uygulayan hekimler tarafından da sevk edilebilmektedirler.

Türkiye'de durum: hacamat hekimliği

Türkiye'de de neoliberal politikalar izleyen hükümet henüz şaman tıbbına izin vermemiştir. Türkiye'de geçtiğimiz yılın sonunda tarihsel olarak şaman tıbbını izleyen *ortaçağ tıbbı* benimsenmiştir. *Sağlık Bakanlığı* tarafından 27 Ekim 2014 tarihinde *Resmi Gazete*'de yayınlanan *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği* ile Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları üzerinde *ortaçağ tıbbı* uygulanabilmesinin önündeki hukuksal engeller kaldırılmıştır.

Ancak yönetmeliğin yayınlanmasından sonra *Sosyal Güvenlik Kurumu* (SGK) "ortaçağ tıp uygulamaları" için ödeme yapmayacağını açıklamıştır. SGK ödeme yapmadığı için hastalar şimdilik hacamat veya sülük "tedavisi" gibi ortaçağ tıbbı uygulamalarını kamu hastanelerinde ve özel kurumlarda bedelini ödemek şartıyla satın alabilmektedirler.

Ortaçağ tıbbının kan alma esasına dayalı bu tür uygulamaları esas olarak *dört suyuk kuramına* dayanmaktadır. Günümüzden 2500 yıl öncesi-

ne dayanan bu kurama göre hastalıklara kan, balgam, kara safra ve sarı safra gibi bedensel salgılar arasındaki dengesizlikler neden olmaktadır. Buna göre bedende kanın fazla olduğu düşünülen durumlarda hacamat veya sülük tedavisi ile "fazla" kan alınmaktadır. Bilimsel tıp bu yöntemin çok sınırlı endikasyonlar dışında (örneğin polisitemi) hiçbir faydası bulunmadığını yıllar önce kanıtlamıştır. Tıp fakültelerinde öğrencilere neredeyse yüz yılı aşkın bir zamandır *tıp tarihi* derslerinde anlatılan bu yöntemlerin, 21. yüzyılda çağdaş klinik uygulamalar arasına girmiş olması, neoliberal kapitalizmin insanlığı nerelere taşıdığının en somut göstergelerinden biridir.

Türkiye'de de hükümet, Rusya'da ve diğer Asya ülkelerinde olduğu gibi *bilim-dışı tıbbi uygulamaları* hukuksal düzenlemeler yanında maddi olarak da teşvik etmektedir. Örneğin kamu hastanelerinde bilimsel tıp uygulayan bir hekimin muayene ücreti 30 - 45 TL iken, bilim dışı bir uygulama olan hacamat tedavisinin ücreti devlet hastanelerinde 50 TL ve üniversite hastanelerinde 75 TL olarak belirlenmiştir. Böylece hekimler "bilimsel" tıp yerine, daha fazla para kazanabilmek için "bilim-dışı" tıbba teşvik edilmektedir. Bu politikanın kısa sürede hekimlerin mesleki pratiğine yansıyacağını ve bilimsel tıp eğitimi almış Türkiyeli hekimlerin, "ortaçağ tıbbı" hatta "şaman tıbbı" uygulayabilmek için gerekli sertifikaları edinmeye başlayacaklarını söylemek "kehanet" olmayacaktır.

Tarih "ya sosyalizm, ya barbarlık" diyen Rosa Luxemburg'u, insanlığı 21. yüzyılda şamanlık ve hacamatla yeniden tanıştırarak haklı çıkartmıştır.

İşçi sağlığı ve üretim tarzı

Geleneksel işyeri hekimliği yaklaşımı, işçinin işyeri ortamında maruz kaldığı fiziksel, kimyasal ve biyolojik *risk faktörlerine* maruziyetlere odaklanmıştır. Üretim tarzının ve üretim ilişkilerinin işçi sağlığı üzerine *belirleyici etkileri* genellikle ihmal edilmiş, işçi sağlığı ve iş güvenliği çalışmaları ağırlıklı olarak *ortam ölçümlerine* dayalı *risk değerlendirmeleri* üzerinden yürütülmüştür. Günümüzde işçi sağlığının geleneksel iş kazaları ve meslek hastalıkları kalıplarına sığmadığı, çalışma yaşamının *mesleki* olduğu düşünülmeyen hastalıklara ve sağlık sorunlarına da önemli katkılarda bulunduğu anlaşılmıştır.

Kökenlerini bizzat *üretim tarzından, üretim ilişkilerinden ve üretimin örgütlenmesinden* alan psiko-sosyal etkenler, birçok bedensel ve ruhsal hastalığın oluşumuna veya gelişimine katkıda bulunmakta ve sağlıkta sınıfsal eşitsizliklerin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Çalışma ortamının örgütlenmesinin emekçiler üzerinde oluşturduğu stres, birçok farklı mekanizma üzerinden emekçilerin sağlığını olumsuz etkilemekte ve özellikle kronik hastalıklara karşı daha savunmasız kalmalarına yol açmaktadır.

Emekçiler ve koroner kalp hastalıkları

Geleneksel olarak koroner kalp hastalıkları (KKH) "zengin" hastalığı olarak tanımlanmıştır. Kardiyoloji kitaplarında vaka tanımlarında genellikle ağır stres altında, diyetine özen göstermeyen, tütün ve alkol alışkanlıkları bulunan *iş adamları* örnek verilir. Oysa dünyanın birçok coğrafyasında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, sosyal hiyerarşide aşağılara inildikçe

hastalık oranlarının yükseldiğini ve KKH'nın iş adamlarından çok, *emekçi hastalığı* olduğunu ortaya koymuştur.

Ancak epidemiyolojik çalışmaların ortaya koyduğu fakat gözlerden kaç(ırıl)an bir başka gerçek daha vardır. KKH nedeniyle ölümler, eski SSCB ve doğu Avrupa ülkelerinde hızla yükselmektedir. Öyle ki, günümüzde Avrupa'nın doğusundaki ülkelerle, batısındaki ülkeler arasındaki altı yıllık doğuştan yaşam beklentisi farkının *yarısından fazlası* KKH başta olmak üzere kalp ve damar hastalıklarına atfedilmektedir. Eski SSCB ve doğu Avrupa ülkelerinde 1990'lardan itibaren üretim tarzı ve üretim ilişkilerinin *"değiş(tiril)miş"* olmasının, emekçilerde KKH'ya bağlı mortalitenin dramatik artışıyla ilişkisi bilimsel araştırmaların konusu olmalıdır.

Psiko-sosyal ortam

Psiko-sosyal ortam veya işin örgütlenme tarzı, bireyin iyilik hali, üretkenlik ve kendisini iyi hissetme gereksinimini karşılamak için mevcut sosyo-yapısal fırsatlar olarak tanımlanmaktadır. Kendini iyi hissetmenin iki yönü, *özyeterlilik* ve *özsaygı*, sağlık ve iyilik hali için önemlidir.

Özyeterlilik, bireyin iş başarabilme becerisine inancıdır. Bireye özyeterlilik sağlayan psiko-sosyal ortam, bireyin işi üzerinde kontrol hissetmesine ve kendi becerilerini kullanabilmesine olanak verir. Özyeterlilik sağlayan çalışma ortamları emekçinin sağlık ve iyilik haline olumlu katkılarda bulunurken, kısıtlayıcı ve emekçinin işi üzerine kontrolünü sınırlayan çalışma ortamları tam tersi bir etkide bulunur.

Özsaygı, bireyin kendisine saygı duyması, kendisini değerli hissetmesidir. Emekçinin başardığı işlere ilişkin aldığı olumlu geri-bildirimler, ürettiği üründe kendi emeğini görebilmesi, emekçide ait olma, onay ve başarı duygularını güçlendirerek sağlığı ve iyiliğine olumlu katkıda bulunur. Emekçilere bu olanağı tanımayan iş örgütlenmeleri ve üretim ilişkileri ise tam ters bir etki gösterir.

Özetle psiko-sosyal ortam emekçilerin sosyal fırsat yapısı ile olumlu özyeterlilik ve özsaygı gereksinimleri arasında köprü oluşturur. Bunu açıklayan iki kuramsal model vardır: *talep-kontrol modeli ve emek-ödül dengesizliği modeli.*

Talep-kontrol modeli

Stresle ilişkili hastalıkların artışında çalışma ortamının aşırı psikolojik talepleri ve emekçinin *karar verme serbestisinin olmayışı* önemli rol oynar. Parça başı çalışma ve montaj hattı, emekçiler üzerinde ağır psikolojik yükler oluşturmakta ve karar verme serbestilerini neredeyse sıfıra indirmektedir. Emekçinin işi üzerine kontrolünün çok sınırlı olduğu veya hiç olmadığı işler, emekçinin becerilerini geliştirmesine ve kullanmasına da olanak tanımamaktadır. Geçici işler ve esnek istihdam modelleri, emekçinin belli bir beceride uzmanlaşmasını engellemekte ve özyeterlilik ve özsaygı kazanabilmesini olanaksızlaştırmaktadır. İşverenler tarafında sürekli verimlilik artışı talepleri de emekçileri ağır stres altında tutmaktadır. Uzun süre bu çalışma koşullarına maruz kalan işçilerin sağlıkları ve iyilikleri olumsuz etkilenmektedir.

Emek-ödül dengesizliği modeli

Bu model esas olarak *sosyal karşılıklılık* kavramına dayanır. Buna göre emek ancak ödülle dengelenebilir ve emekçide emeğinin karşılığını alma beklentisi vardır. Emeğin ödüllendirilmediği veya karşılığının ödenmediği durumlarda emekçilerde güçlü olumsuz duygular ve stres gelişmektedir. Emekçinin işgücü piyasasında başka bir alternatifinin olmadığı koşullarda, emeğinin karşılığını alamaması olasılığı daha yüksektir. Emeğin karşılığı olarak kabul edilen ödüller salt ücretle sınırlı değildir. Emekçinin işinde yükselme fırsatı, yaptığı işin manevi olarak ödüllendirilmesi de önemlidir. İşyerinde yüksek emek ve düşük ödül deneyiminin yinelendiği koşullarda çalışan emekçiler stresle ilişkili hastalıklara yakalanma bakımından daha yüksek risk taşırlar.

Kanıtlar

İngiltere'de yapılan *Whitehall* çalışmaları, kamu hizmetinde memuriyet hiyerarşisinde aşağı inildikçe emekçinin işi üzerindeki kontrol düzeyinin de azaldığını ve monotonluk düzeyinin arttığını, bu durumun hiyerarşinin alt katmanlarında kalp damar hastalıkları ve diğer hastalıkların oranının yüksek olmasıyla ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur.

İsveç'te yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında (SHEEP), çalışma ortam-

larında yüksek talep ve iş üzerinde düşük kontrole maruz kalanlarda kalp krizi geçirme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu ilişki kol emekçilerinde daha belirgindir. Bir başka çalışma da, emekçilerin işleri üzerindeki kontrolü yitirmeleriyle birlikte koroner kalp hastalıklarına yatkınlıklarının arttığını göstermiştir.

Kas-iskelet sistemi hastalıklarında da, talep-kontrol ve emek-ödül dengesizliği modellerinin açıklayıcı olabileceğine ilişkin kanıtlar vardır. Finlandiya'da 902 metal işçisi üzerinde yapılan bir çalışmada, düşük iş kontrolü ile ciddi bel ve sırt ağrıları nedeniyle hastaneye yatışlar arasında ilişki gösterilmiştir. Yine Hollanda'da yapılan başka bir çalışma, talep-kontrol modeli ile bel ağrısı arasında bir ilişki ortaya koymuştur.

Mali kazanca ve kayba uğramış bireylerde işlevsel manyetik rezonans görüntüleme kullanılarak bölgesel beyin etkinliğinin izlendiği bir çalışmada, emek, ödül ve işe bağımlılık değerleri ölçeklerinde en yüksek skorları alan grup, en düşük skoru alan grupla karşılaştırıldığında, beyinde ödül sitemi için belirlenmiş alanlarda belirgin etkinleşme değişimleri gözlenmiştir.

Emekçiler için sosyalizm mücadelesi,
aynı zamanda sağlık hakkı mücadelesidir

Kuşkusuz üretim tarzı ve ilişkileri değiştirilmeden, işyerinde yapılacak örgütsel düzenlemelerle emekçiler üzerindeki yükler azaltılabilir, işçinin işi üzerindeki kontrolü artırılabilir ve emekçilere emeklerinin karşılığı ödenerek emekçilerin çalışma ortamından göreli olarak daha az olumsuz etkilenmesi sağlanabilir. Nitekim emek hareketinin ve örgütlülüğünün güçlü olduğu coğrafyalarda sendikal mücadele sonucu bu alanlarda önemli kazanımlar elde edilmiştir. Örneğin İngiltere'de yapılan bir çalışmada deney grubundaki emekçilerin iş üzerindeki kontrolünü artırmak amacıyla emekçilerin katılımını sağlamak üzere bir yıllık bir program uygulanmış ve bir yıl sonra deney grubundaki emekçilerin performanslarının, ruh sağlıkları konusunda öz değerlendirmelerinin belirgin düzeyde iyileştiği ve hastalıklar nedeniyle işe devamsızlıklarında belirgin bir azalma olduğu gözlenmiştir. Fakat bu düzenlemeler emekçilerle sermayedarlar arasındaki sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmaz, yalnızca uçurumun azaltılmasına hizmet eder.

Ancak emekçilerin üretim tarzı ve ilişkilerini emek lehine değiştirmek amacıyla yürütecekleri mücadele sonunda elde edecekleri kazanımlar, üretimin amacının *kâr* olmaktan çıkartılması ve üretim süreçleri üzerinde emekçilerin mutlak denetimlerinin sağlanması, üretimin insan sağlığı ve iyiliğine en uygun koşullarda örgütlenmesinin önünü açacaktır. Toplum içinde sağlıkta eşitliğin sağlanabilmesinin en önemli ön koşulu, toplum içinde sağlıkta eşitsizliklerin en önemli belirleyicisi olan *sınıfsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasıdır*. Toplum içindeki sınıfsal eşitsizlikler ortadan kaldırıldıktan sonra, üretimin örgütlenmesinde gerekli düzenlemeler yoluyla kafa emeği ile kol emeği arasındaki farklılıklar azaltılabilir ve sağlıkta gerçek anlamda eşitlik sağlanabilmesi yolunda önemli adımlar atılabilir.

İşçi sağlığına toplumcu yaklaşım

Türkiye modern zamanların en kapsamlı ve en şiddetli *emek-kırımıyla* karşı karşıyadır. Başta inşaat ve madencilik olmak üzere *emek-yoğun* sektörlerde kendisini gösteren emek-kırım, özellikle *niteliksiz* işçilerin canını almaya devam etmektedir. İş cinayetleri olarak tanımladığımız bu olay, özü itibariyle *sistematik* bir kırım olayıdır. Ölümlü iş "kazalarından" sonra yapılan araştırmalar, bunların hiçbirinin "kaza" olmadığını, emekçilerin yaşamlarının daha fazla *kâr* amacıyla bilinçli bir şekilde tehlikeye atıldığını göstermektedir.

Son yıllarda Türkiye'de emek-kırımın ulaştığı boyutlar (ölümlü iş kazalarında dünya üçüncülüğü, Avrupa birinciliği), herkesi iş cinayetlerinin nasıl durdurulabileceği üzerine düşünmeye zorlamaktadır. Medya eskisine göre daha duyarlı hale gelmiştir. Hükümet, daha geçen yıl çıkarttığı, hatta bazı maddeleri henüz yürürlüğe dahi girememiş olan düzenlemelerini sürekli "yenilemek" zorunda kalmaktadır. Sendikalar, meslek kuruluşları ve sivil toplum örgütleri hemen her ay basın açıklamaları ve eylemler yaparak sorunu gündemde tutmaya gayret etmektedirler.

Değişik kesimlerden iş cinayetlerinin durdurulabilmesi için farklı "çözüm" önerileri gelmektedir. Kimileri daha fazla yaptırımlar içeren yasalar çıkartılması gerektiğini savunurken, diğerleri sorunun yalnızca yasa sorunu değil, denetim veya yasaların uygulanması sorunu olduğunu ileri sürmektedir. Bazıları eğitimlere ağırlık verilmesi gerektiğini söylerken, bazıları sorunun kaynağında özelleştirmelerin ve taşeronlaştırmanın yattığına inanmaktadır. Kuşkusuz sayılanların hepsinde doğruluk payı var-

dır, fakat sorunun *ideolojik* boyutu çoğu kez ihmal edilmektedir.

İzzettin Önder soL Portal'da *İş cinayetleri nasıl önlenir?* başlıklı bir makale yayınlamıştır. Hocamıza göre,

> *"ilk sorgulanacak olan sistemdir; ikincisi geri teknoloji düzeyinde sürdürülen sermaye birikim modeli; üçüncüsü ise, işi götüren patronların kâr hırsıdır. Bunların dışında kalan, emeğin eğitilmesi, denetimler vs gibi konular hep birer türev meselelerdir".*

Hocamızın önerdiği sorgulamayı yapabilmek için işçi sağlığı ve iş güvenliğine (İSG) *emeğin* yaklaşımını ortaya koymak gerekiyor.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinden ne anlıyoruz?

Genellikle İSG dendiğinde akla, işyerlerinde işçilerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden *risklere* karşı alınacak tedbirler gelmektedir. Nitekim ders kitaplarında İSG şöyle tanımlanmaktadır:

> *"Dar anlamda İSG; işin yapılması sırasında işyerindeki fiziki çevre şartları sebebiyle işçilerin maruz kaldıkları sağlık sorunları ve mesleki risklerin ortadan kaldırılması veya azaltılması ile ilgilenen bilim dalıdır. Geniş anlamda ise bir kuruluşun gerçekleştirdiği faaliyetlerden etkilenen tüm insanların (çalışanların, geçici işçilerin, alt yüklenici çalışanlarının, ziyaretçilerin, müşterilerin ve işyerindeki herhangi bir kişinin) sağlığına ve güvenliğine etki eden faktörleri ve koşulları inceleyen bilim dalıdır".*

İSG'nin *"işyerlerinde, işlerin yürütülmesi sırasında, çeşitli nedenlerden kaynaklanan, sağlığa zararlı durumlardan korunmak amacı ile yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır"* şeklinde daha kısa tanımları da vardır. Konuya böyle bakıldığında sorun "tedbirler" noktasında düğümlenmektedir.

İSG "tedbirlere" veya bir başka deyişle *teknikaliteye* indirgendiğinde, işçilerin sağlığını ve güvenliğini koruyacak çalışmalar olarak anlaşıldığında, konu *sınıfsal içeriğinden* arındırılmakta ve "uzmanlara" havale edilmektedir. Örneğin işyerlerinde toz veya gürültü ölçümleri yapılmasının,

ölçüm sonuçları işçilerin sağlığı ve güvenliğini tehdit eder boyutlardaysa çeşitli önlemler (mühendislik, idari, kişisel vb) alınmasının sorunları çözeceği düşünülmektedir.

Oysa asıl sorun bu "tedbirler" değil, bu tedbirlerin alınması *süreçleri* ve bu süreçlerde *işçilerin oynadığı roldür*. Aynı durum tıbbın ve sağlığın bütün alanları için geçerlidir:

> *"Kuşkusuz tıbbın hastalıklara karşı kullandığı silahlar bütün sistemlerde aynıdır... Sovyet sağlık sistemini 'sosyalist' yapan, hastalıklara karşı eldeki silahların 'nasıl' kullanıldığıdır".*

Yöntem sorunu

Sorunlara *toplumcu* yaklaşımın özünü, insanların sorunlarını onlar adına "çözmek" değil, insanların sorunlarını çözebilmeleri için *güçlendirilmeleri* oluşturur. Bu iki yaklaşım arasında çok büyük ve önemli bir fark vardır: birinci yaklaşım insanları güçsüzleştirir ve bağımlı kılarken, ikinci yaklaşım insanları güçlendirir ve bağımsızlaştırır (ve aynı zamanda *özgürleştirir*). Sağlık sorunlarının çözümünde toplumcu yaklaşımı, Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı olan Nikolay Semaşko'da çok açık bir şekilde görebiliyoruz:

> *"Mevcut çalışmalarımızın yönelimi profilaktik ve saniterdir - köylülerin ve işçilerin kendilerine bakabilmeleri için eğitimi. Bu, Çarlık yönetimi altında bütünüyle ihmal edilmiştir".*

Gantt hastalıklarla mücadelede *toplumcu* yaklaşımın farkını, Sovyetler Birliği'nin ilk yıllarındaki tüberküloz mücadelesinde örneklemektedir. 1920'lerde Sovyetler Birliği'nde de İngiltere'deki gibi tüberkülozla mücadele için özelleşmiş tıbbi kurumlar (dispanserler, sanatoryumlar), göğüs hastalıkları uzmanları vardır; fakat Sovyetler Birliği'nde bunların yanında, 1922 yılında bütün işyerlerinde tamamen Sovyetler Birliği'ne özgü *işyeri sağlık hücreleri* örgütlenmiştir.

Bu hücrelerde işletmede çalışan işçiler arasından *gönüllü* olanlar görev almaktadır. Hücreler, işletmede çalışan işçilere eğitim broşürleri da-

ğıtmakta, sağlık kampanyaları örgütlemekte, hasta işçileri tespit etmekte ve bunları hekime götürmektedir. Böylece işçilerin kendi sağlıklarına kendilerinin sahip çıkmaları sağlanmaktadır. Semaşko bunu *"işçilerin sağlığı işçilerin elinde olmalıdır"* sözüyle ifade etmiştir.

Günümüzde bu yaklaşımın Küba'da da aynen benimsendiğini görüyoruz. Küba'da işçi sağlığı ve iş güvenliğinde, işçilerin iş kazalarından ve meslek hastalıklarından korunması için ilk savunma hattını *sendikalar* oluşturmaktadır. Semaşko'nun *"işçilerin sağlığı işçilerin elinde olmalıdır"* ilkesini izleyen Küba'da, sendikalar iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemek üzere işçi sağlığı ve iş güvenliği gözetimi ve eğitim çalışmalarını doğrudan üstlenmişlerdir. Küba'da da Sovyetler Birliği'nde olduğu gibi,

> *"uzmanlar, işçiler için neyin iyi olduğuna karar vermek ve uygulamak yerine, işçilere doğru karar verebilmeleri için danışmanlık yapmak, yol göstermek rolünü üstlenmişlerdir".*

Bu anlayış, sosyalist ülkelerde işçi sağlığı ve iş güvenliği yaklaşımının ayırt edici yönünü oluşturmaktadır. Kapitalist ülkelerde ise bütünüyle *teknik düzenlemelere* indirgenen işçi sağlığı ve iş güvenliği ücretlerini hizmet sundukları işletmelerin patronlarından alan işyeri hekimlerinin ve iş güvenliği uzmanlarının "işi" haline getirilmiştir.

Sovyetler Birliği'ndeki *işyeri sağlık hücreleri* yaklaşımının bir benzerini Küba'nın işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarını düzenleyen *Movimiento de Areas Protegidas* (Korunmuş Alanlar Hareketi - KAH) Yönetmeliği'nde de görüyoruz: Korunmuş Alanlar Hareketi'nin *korunmuş alanlar* kavramı, "sürdürülebilir sanayiler için, işletme yönetimi, işletme işçileri ve işletme işçilerini temsil eden sendikaları kapsayan, demokratik bir işçi sağlığı ve iş güvenliği yaklaşımının şart olduğu" ilkesine dayanmaktadır.

Bir işletmede izlenecek sağlık ve güvenlik ilkelerini/kurallarını, işletmede çalışan bütün işçilerin oluşturduğu işletme *İşçi Meclisi* oluşturmakta, uygulamakta ve sistemleştirmektedir. İşletme yönetimi, işçiler ve sendikalar, işçilerin güvenli çalışma hakkını kabul eden işçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemelerini ve standartlarını benimseyen genel ilkele-

re dayalı bir *Toplu İş Sözleşmesi* (TİS) oluşturmaktadır. TİS, işletmede güvenli iş pratikleri geliştirilmesine işçilerin katılımı için bilinç, bilgi ve teşvikler oluşturulmasına yardımcı olmaktadır.

İşyerinde işçilerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden etmenlere (risk faktörlerine) karşı alınacak tedbirler bellidir ve dünyanın hemen her yerinde aynıdır. Fakat bu tedbirlerin *başarısı*, tedbirlerin *kendisine* değil, bu tedbirlerin *nasıl alındığına* bağlıdır. Küba'da işyerlerinde işletme yönetimleri, işçi temsilcileri ve sendika temsilcileri tarafından yaralanmaları önlemek üzere geliştirilen program ve prosedürler, ancak İşçi Meclisi'nde, işyerinde çalışanların en az *yüzde 75'i* tarafından onaylandığı takdirde yürürlüğe girmektedir. Bu durum uzmanların işçilere alınan tedbirleri emir gibi dayatmasını olanaksız kılmakta ve uzmanlara işçileri alınacak tedbirler konusunda *ikna etme* görevi yüklemektedir. Sosyalist ülkelerde alınan işçi sağlığı ve iş güvenliği tedbirlerinin daha başarılı olmasının sırrı buradadır.

Çözüm: işçi sınıfı demokrasisi

Emek-kırımların durdurulabilmesi ve işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunlarının çözümü, işçilerin yönetimde söz, yetki ve karar sahibi olmalarından geçmektedir. Neticede hepimiz üzülüyoruz fakat yitirilen canlar emekçilerin canlarıdır. Bu nedenle işçilerin kendi sağlık ve güvenlikleriyle ilgili kararlarda belirleyici olmaları sağlanmalıdır. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSG) program ve prosedürleri işçilerin onayıyla yürürlüğe girmeli, uygulamalar yine işçiler tarafından doğrudan denetlenmelidir.

Nitekim kimi kapitalist ülkelerde de bu konuda olumlu adımlar atıldığı görülmektedir. Gelişmiş sanayi ülkelerinde İSG tedbirlerinin başarılı olabilmesi için tedbirlerin alınma ve uygulanma süreçlerine işçilerin katılımı, işçi sınıfının örgütlü mücadelesi sayesinde işyerlerinde oluşturulan *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurulları*'nda işverenle *eşit düzeyde temsil hakkı* kazanılarak sağlanmıştır. ABD ve AB ülkelerinin İSG mevzuatına göre işyerlerinde İSG uygulamaları konusunda en üst karar mercii olan bu kurulda karar alınabilmesi için *oybirliği şartı* vardır. Böylece gelişmiş sanayi ülkelerinde işçiler İSG konularında sosyalist ülkelerdeki kadar belirleyici olamasalar da, en azından kendi sağlık ve güvenliklerini tehli-

keye düşürebilecek uygulamaları reddedebilme hakkına sahiptir.

Türkiye'de ise *İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik*, kurulda yer alacak 7 kişiden beşinin (işveren veya vekili, iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi, personel işleri sorumlusu, varsa sivil savunma uzmanı) doğrudan işveren veya işveren tarafından göreve getirilen kişiler olmasını, yalnızca geri kalan iki kişinin (varsa ustabaşı veya usta ve çalışan temsilcisi) işçilerden seçilerek gelmesini hükme bağlamıştır. Dahası Türkiye'de Kurul kararları *oy çokluğu* ile alınabildiğinden, hatta eşitlik olması durumunda işverenin oyu *iki oy* sayıldığından, tamamen anti-demokratik niteliktedir. Kaldı ki ABD ve AB ülkelerinde bu kurul 20 işçi çalıştırılan işletmelerde zorunlu iken, Türkiye'de kurul sadece 50'den fazla işçi çalıştıran işletmeler için zorunlu kılınmıştır.

Türkiye'de emek-kırımın durdurulabilmesi için *ilk adım* olarak anti-demokratik *İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik* değiştirilmelidir. Sendikaların bu kurulların en azından gelişmiş sanayi ülkelerinde olduğu gibi 20 işçi çalıştıran bütün işyerlerinde zorunlu hale getirilmesi ve kurulda işçilerin işverenle *eşit* temsili için, kurul kararlarının *oybirliği* ile alınabilmesi için mücadele etmeleri gerekir. Bu şekilde işçiler, kendi sağlık ve güvenlikleri üzerinde göreli olarak söz, yetki ve karar sahibi olabileceklerdir. Yine *Toplu İş Sözleşmeleri*'nde işyerindeki işçi sağlığı ve güvenliği uygulamalarının sendikalar tarafından denetlenmesi talep edilmelidir. Sendikalar işçilerin sağlığının işçilerin elinde olması için mücadele etmelidir.

Günümüzden 166 yıl önce toplumcu tıbbın kurucularından Rudolf Virchow, Yukarı Silezya maden ocaklarında patlak veren tifüs salgınının yinelenmemesi için, Prusya hükümetinden işçiler için *tam ve sınırsız bir demokrasi* talep etmişti. Bugün de toplumcu tıbbın iş cinayetlerinin durdurulabilmesi için talebi aynıdır: *işçi sınıfı için tam ve sınırsız demokrasi.*

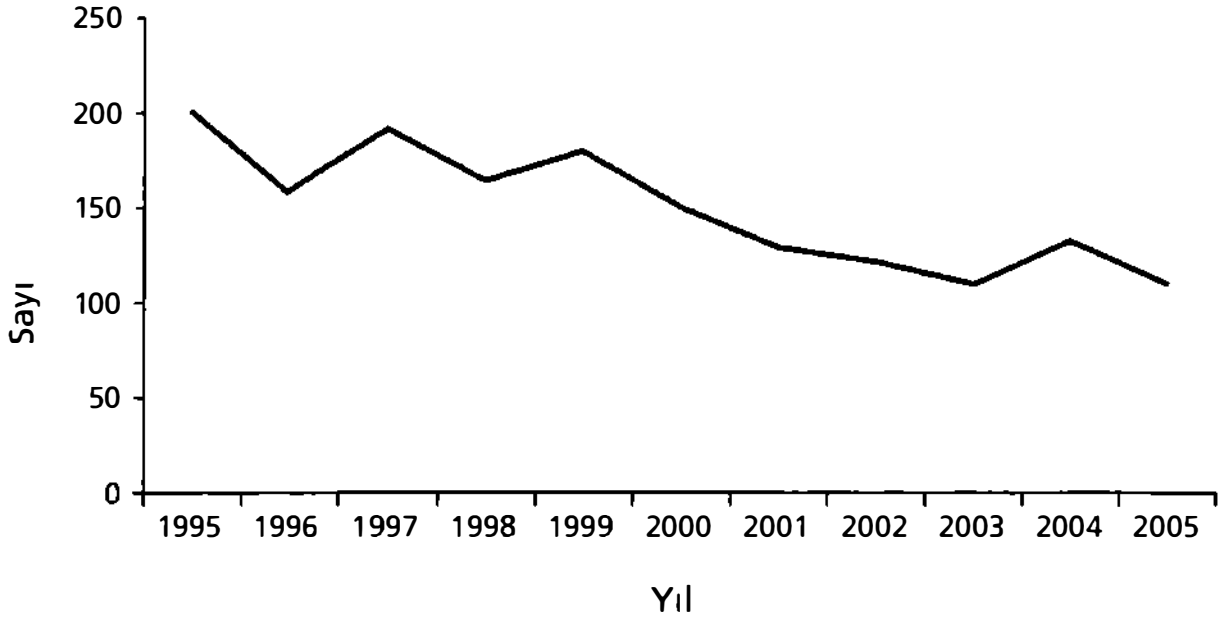
Küba'da işçi sağlığı ve iş güvenliği

Sovyetler Birliği'nin çözülmesinden sonra işçiler ve emekçiler için giderek bir "cehennem" halini almaya başlayan gezegenimizde, milyonlarca işçi özelleştirmeler ve enformel istihdamla karakterli, haksız ve ahlaksız bir küresel ekonomik sistem altında eziliyor. Küresel ölçekte işçilerin onda dokuzu özel sektörde çalışıyor, onda altısı enformel sektörde istihdam ediliyor. Bugün dünyada her on işçiden yalnızca ikisi bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında. Kölelik hortladı. Dünyada en az 35 milyon insanın köle olarak çalıştırıldığı söyleniyor. En az 20 milyon çocuk hayatta kalabilmek için çalışmak zorundayken, çok daha fazlası beslenme yetersizliği çekmekte, eğitimden yoksun kalmakta. Bu ortamda işçi sınıfının iktidarda olduğu Küba, işçiler için bir *cennet adası.*

2005 verileriyle Küba'da en az bir işçinin çalıştığı 13.584 işletme (işyeri) bulunmaktadır. Meslek hastalıklarının önlenmesi amacıyla yürütülen çalışmalar çerçevesinde kurşun, cıva, organik fosforlu ve karbamatlı pestisidler, silika tozu, gürültü ve Leptospira mikroorganizması gibi sağlık ve güvenlik risklerine maruz kalan işçiler, Watson-Schwartz testi, idrarda cıva aranması, kanda kolinesteraz düzeyinin belirlenmesi, akciğer grafisi, işitme testleri ve diğer tetkiklerle yakından izlenmektedir. Leptospira maruziyeti için enfeksiyonu önlemek amacıyla bağışıklama ve kişisel koruyucular uygulanmaktadır.

Küba'da iş kazaları giderek azalmaktadır. İş kazalarının en çok görüldüğü alanlar tarım, enerji ve inşaat sektörleridir. Küba'da her ölümlü iş kazasına karşı, 2 - 3 gün işten kalmaya yol açan 1200 yaralanmalı iş kazası vardır.

Grafik 2. 1995 - 2005 yılları arasında Küba'da iş kazaları.



2005 yılında meslek hastalığı şüphesiyle izlenen 18.116 işçiden 310'una meslek hastalığı tanısı konmuştur. Meslek hastalıkları içinde ilk sıraları öğretmenlerde görülen kronik nodüler larenjit, petrol ürünlerinden kaynaklanan dermatoz, metal ve sanayi işçilerinde görülen işitme kaybı ve tarım sektöründe kimyasal zehirlenmeler almıştır. 2012 verileriyle Küba'da meslek hastalıkları tanısı alanında uzmanlaşmış 43 ofis bulunmaktadır.

Küba'da işçi sağlığı sendikalara emanet

İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde işçilerin iş kazalarından ve meslek hastalıklarından korunması için ilk savunma hattını *sendikalar* oluşturmaktadır. Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı ve Semaşko Modeli olarak anılan Sovyet sağlık sisteminin mimarı olan Nikolay Semaşko'nun *işçilerin sağlığı işçilerin elinde olmalıdır* ilkesini izleyen Küba'da, sendikalar iş kazalarını ve meslek hastalıklarını önlemek üzere işçi sağlığı ve iş güvenliği gözetimi ve eğitim çalışmalarını doğrudan üstlenmişlerdir. Bu anlayış, sosyalist ülkelerde işçi sağlığı ve iş güvenliği yaklaşımının ayırt edici yönünü oluşturmaktadır.

Sendikaların işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemelerinde sıralanan görev ve yetkileri şunlardır:

- Planlama çalışmalarına katılmak

- Yönetmeliğe uyum izlemlerine katılmak
- Toplu İş Sözleşmesi'nde belirlenen İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği tedbirlerinin uygulanmasını gözetmek
- İş kazalarının analiz ve soruşturmasına katılmak
- İşçilerin, düzenli ve özel olarak işe giriş eğitimlerini vermek

Küba'da işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği çalışmaları *Movimiento de Areas Protegidas* (Korunmuş Alanlar Hareketi - KAH) Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. İşyerlerinde sağlık ve güvenlik, işletme *(empresa)* içindeki çalışma alanları (birimleri) için *"korunmuş"* payesi alma prosedürleri adı altındaki düzenlemelerle sağlanmaktadır. Korunmuş Alanlar Hareketi'nin (KAH) *"korunmuş alanlar"* kavramı, "sürdürülebilir sanayiler için, işletme yönetimi, işletme işçileri ve işletme işçilerini temsil eden sendikaları kapsayan, *demokratik bir işçi sağlığı ve iş güvenliği yaklaşımının* şart olduğu" ilkesine dayanmaktadır.

Bir işletmede izlenecek sağlık ve güvenlik ilkelerini/kurallarını, işletmede çalışan bütün işçilerin oluşturduğu işletme İşçi Meclisi oluşturmakta, uygulamakta ve sistemleştirmektedir. İşletme yönetimi, işçiler ve sendikalar, işçilerin güvenli çalışma hakkını kabul eden işçi sağlığı ve iş güvenliği düzenlemelerini ve standartlarını benimseyen genel ilkelere dayalı bir toplu iş sözleşmesi (TİS) oluşturmaktadır. TİS, işletmede güvenli iş pratikleri geliştirilmesine işçilerin katılımı için bilinç, bilgi ve teşvikler oluşturulmasına yardımcı olmaktadır.

"Tek bir insanın yaşamı, dünyanın en zengin insanının bütün mülklerinden daha değerlidir"

Che Guevara'nın *"tek bir insanın yaşamı, dünyanın en zengin insanının bütün mülklerinden daha değerlidir"* sözünü rehber edinen KAH, işçilerin kendilerini işyerlerinde güvenli hissettiklerinde daha verimli olacaklarını, bu nedenle üretimin en iyi hale getirilmesi için önce sağlık ve güvenliğin en iyi hale getirilmesi gerektiğini savunmaktadır.

KAH, yalnızca kurallar ve düzenlemelerle zararlı üretim faktörlerini ve yöntemlerini azaltmayı, kontrol altına almayı ve ortadan kaldırmayı garanti edecek bir sistemin kurulamayacağını kabul etmektedir. İşçi sağlığı ve iş güvenliğini garanti altına almanın asıl unsuru, işyerinde *güvenli*

çalışma kültürü yaratmaktır. Güvenli çalışma kültürü yaratmanın anahtarı, tehlikeli pratikleri tanımlamak ve ortadan kaldırmaktır. Bu da ancak işletmede işçilerin ve sendikaların *karar mekanizmalarına katılımıyla* sağlanabilir. Korunmuş alanlar prosedürlerini izleyen sendika, işçiler ile işçi sağlığı ve iş güvenliği uzmanları, tehlikeli iş pratiklerini ve donanımları tanımlayan başlangıç ve periyodik işyeri teftişlerine katılmaktadırlar.

İşyerinde işletme yönetimi, işçi temsilcileri ve sendika temsilcileri tarafından yaralanmaları önlemek üzere geliştirilen program ve prosedürler, işyerinde çalışan bütün işçilere bildirilmektedir. Planların yürürlüğe girebilmesi için İşçi Meclisi'nde, işyerinde çalışanların en az yüzde 75'i tarafından onaylanması zorunluluğu vardır.

Korunmuş alanlar programı bir işletmedeki en küçük iş (çalışma) biriminden başlamaktadır. Program, güvenli olmayan uygulamaları ve koşulları ortadan kaldırmakta veya yaralanma riskini asgariye indirecek şekilde kontrol altına almaktadır. Bu eşiğin belirlenmesinde birçok faktör incelenmektedir. İşçilerin, yaralanmaların nasıl önleneceğine ilişkin eğitimleri ve eğitimlerin belgelenmesi sağlanmaktadır. İşyerinde hijyen ve sanitasyon tedbirlerinin alınması ve uygulanması sağlanmaktadır. Bütün kaza, hastalık ve yangın önleme uygulamalarının gerektiği gibi yerine getirilmesi sağlanmaktadır. Zararlı maddelere potansiyel maruziyetleri belirlemek için periyodik muayenelerin ve çevre ölçümlerinin yapılması sağlanmaktadır. Yaralanma, hastalık ve ölümlerin kayıtları tutulmaktadır.

Bütün işçilerin işe giriş ve periyodik muayenelerinin yapılması ve bulgular hakkında bilgilendirilmeleri sağlanmaktadır. Kişisel koruyucu donanımların bulundurulması ve işçilerin bunların kullanımı ve onarımına ilişkin eğitimi sağlanmaktadır. İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularıyla ilgilenmek üzere *işçilerden* oluşan bir grup görevlendirilmektedir. KAH'ın uygulanması ve kontrolü sürekli ve düzenli olarak kayıt altına alınmaktadır.

Bir işletme içinde yukarıdaki bütün şartları karşılayan ve aralarında sağlık ve güvenlik programları bakımından eşgüdüm sağlanan korunmuş alanlar (birimler) toplamına "korunmuş merkez (tesis)" denmekte ve bir işyerinde bütün korunmuş alanlar, korunmuş merkezlerde (tesislerde)

toplandığında, işyeri "korunmuş işletme" olarak tanımlanmaktadır.

Ulusal öncü

Her korunmuş birim türünün durumunu değerlendirmek için katı prosedürler vardır. Mesleki yaralanmalar veya hastalıklar ya da işçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarının ihlali, "korunmuş" statüsünün kaybına neden olabilmektedir. Bir işletmenin *Ulusal Öncü* (Vanguardia Nacional) işletme ilan edilmesinde en büyük faktör, işletmenin güçlü ve olumlu bir işçi sağlığı ve iş güvenliği sicili olmasıdır. Ulusal Öncü ilan edilen işletmelerin yöneticileri ve işçileri ekonomik olarak ve başka özendiricilerle ödüllendirilmektedirler.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğini teşvik için özendiriciler oluşturmak güç bir görevdir. Bir işçi sağlığı ve iş güvenliği programının etkinliğini belirlemekte en nesnel faktör, işyerinde yaralanma ve hastalıkların olmaması veya sayılarının anlamlı derecede azalmasıdır. Bu durum yönetimin, işçilerin veya işçi temsilcilerinin, tehlikeli durumları veya yaralanmaları, eğer üretim, gelir veya olumlu politik bir atama şansı (terfi) kaybı ile sonuçlanabilecekse, yeterince araştırmama veya bildirmeme potansiyeli barındırabilir. Bu nedenle KAH'nın başarıyla uygulanabilmesi kurallara ve düzenlemelere değil, işçilerin işçi sağlığı ve iş güvenliğini diğer bütün kaygıların üzerine koyan bir işyeri sağlık ve güvenliği kültürü ve etiği yaratılmasına bağlıdır.

Son olarak yukarıda anlatılan düzenlemelerin, Küba'da yaptıkları iş veya çalıştıkları yer ne olursa olsun (fabrika, tarım işletmesi, hastane, okul vb) bütün emekçiler için ve bütün işyerlerinde (tek bir emekçi çalışıyor olsa bile) geçerli olduğunu belirtelim. Darısı dünya emekçilerinin başına.

Korunmuş Alanlar Hareketi (KAH) Yönetmeliği[23]

I. Adı: Korunmuş Alanlar Hareketi.

II. Amaçlar:

1. Önleyiciliğin işyerinde sağlık ve güvenlik (İSG) sisteminin temel ilkesi olmasını garanti altına almak.
2. Sağlıklı ve güvenli çalışma koşullarının yaratılması ve sistemli olarak iyileştirilmesi çalışmalarına yönetim ve işçilerin katılımıyla, işçilerin sağlık ve güvenliğine ilişkin sorunların çözümlerini toplumsallaştırmak.

III. Paye kategorileri:

Korunmuş Alan: Bir veya daha fazla işçinin çalıştığı, çalışma koşullarının işçilerin sağlığının ve güvenliğinin riske atılmadan sürdürüldüğü veya işçilerin sağlığı ve güvenliği için tehlike oluşturmayacak düzeylerde kontrol altına alındığı işyeri alanı.

Korunmuş Merkez veya Tesis: İşyeri içinde, bünyesinde iki veya daha fazla iş (çalışma) alanı bulunan ve kendisine bağlı bütün alanların "korunmuş" alan payesini aldığı ve sürdürdüğü birim.

Korunmuş İşletme: Bünyesindeki merkezler veya tesislerin tamamının "korunmuş" merkez veya tesis payesini aldığı ve sürdürdüğü işletme.

Bu birimlerin hepsi, düzenlemede belirlenen kriterleri karşılamak zorundadır.

IV. Korunmuş payesi verilmesi için değerlendirme göstergeleri:

Alanlar için:

1. Bütün işçiler işyeri sağlık ve güvenliği ile ilgili konularda eğitim almıştır; yapılan başlangıç eğitimleri, düzenli ve özel eğitimler belgelenmiştir.
2. Sağlıklı ve güvenli çalışmak için elverişli hijyen ve çevre (aydınlatma, havalandırma, gürültü, hava kirliliği, optimal iç ve dış çalışma ortamı, temizlik ve güzelleştirme ve sanitasyonla ilgili) koşulları oluşturulmuştur.
3. İş kazaları, mesleki hastalıklar ve yangınları önlemeyi garanti etmek için bütün güvenlik tedbirleri alınmıştır.

---

23 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. http://www.mtss.cu/

4. Risklerin kaldırması için planlar hazırlanmış, güncellenmiş ve periyodik olarak izlenmektedir; her işçi doğrudan veya dolaylı olarak maruz kaldığı riskleri bilmektedir.
5. Değerlendirme döneminde hiçbir yaralanma veya meslek hastalığı görülmemiş veya önemli ölçüde azalmıştır. Hiçbir ölümlü iş kazası görülmemiştir. (Bunlar görüldüğü takdirde paye iptal edilir).
6. Bütün işçilerin uygun tıbbi muayeneleri yapılmış, işçilere sonuçları bildirilmiştir (işe giriş, periyodik, uzman muayenesi vb).
7. İşçilerin korunması için gerekli olan Kişisel ve Yangına Karşı Kolektif Koruyucu Donanımlar mevcuttur; her işçi donanımları nasıl kullanacağını, bakımını ve onarımını nasıl yapacağını bilmektedir ve işyerinde kazaları ve meslek hastalıklarını önlemek için rutin olarak kullanmaktadır.
8. İş kazaları, meslek hastalıkları ve yangınların önlenmesi için yeterli açıklamalar vardır.
9. Sendikanın eğitimli bir iş müfettişi vardır.
10. KAH uygulamaları ve kontrolü belgelenmiştir.
11. Öz-denetim düzgün işlemektedir.

Merkezler için:

1. Bütün alanlar "korunmuş" payesi almıştır.
2. Bir sağlık görevlisi vardır veya sağlık hizmeti almak için bölge yönetimiyle anlaşma yapılmıştır.
3. İşyeri sağlık ve güvenlik etkinlikleri için bir yönetim kurulu üyesi atanmıştır (eğitilmiş olmalı veya bir İSG uzmanının danışmanlığında çalışmalıdır); aynı zamanda bu etkinliklere sendika şube yöneticisi katılmaktadır.
4. Toplu İş Sözleşmesi'nde (TİS) belirtilen İSG kuralları yerine getirilmekte ve kontrol edilmektedir.
5. Önleme programının ve önleyici tedbirlerin riskleri ortadan kaldırdığı yönetim kurulu ve sendika yönetimi tarafından kontrol edilmiştir.
6. İşe giriş muayeneleri uygun şekilde yapılmaktadır; özel bir tıbbi muayene programı vardır, yerine getirilmekte ve kontrol edilmektedir.
7. Başlangıç ve periyodik işçi eğitimi programı vardır ve uygulanmaktadır.

8. İş kazalarını, meslek hastalıklarını ve yangınları önlemek için kapsamlı bir destek programı vardır.
9. İşçilerin çalışma yaşamının uygun seyrini garanti edecek sıhhi koşullar vardır.
10. Eğitimli ve gerektiği gibi çalışan Sıhhiye-Hijyen Ekipleri ve Yangın Koruma Ekipleri oluşturulmuştur; her çalışma alanında, işyeri düzeyinde görevli eğitimli sendika müfettişleri vardır ve düzenli teftişler yapılmaktadır.
11. Yönetim kurulu ve sendika yönetimi tarafından periyodik bir değerlendirme planı vardır ve merkezde İSG kayıtları değerlendirilmiştir.
12. Tesiste işçilere gerekli nitelikte gıda sağlanması için uygun bir yer ayrılmıştır.
13. KKD, yangın kontrol donanımı tedariki ve dağıtımına, bakımına, onarımına ve işçiler tarafından rutin kullanımına ilişkin bir plan vardır ve uygulanmaktadır.
14. İSG eğitim programı ve eğitimlerden sorumlu bir görevli vardır.
15. Değerlendirme döneminde hiçbir yaralanma veya meslek hastalığı görülmemiştir veya önemli ölçüde azalmıştır. Hiçbir ölümlü iş kazası görülmemiştir. (Bunlar görüldüğünde paye iptal edilir).
16. KAH uygulamaları ve kontrolü belgelenmiştir.
17. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi için yapılan uygulama ve kontrollerin finansmanı işletme tarafından yapılmaktadır.
18. Öz denetim düzgün işlemektedir.

İşletmeler için:

1. Bağlı bütün merkezler veya tesisler "korunmuş" payesi almıştır.
2. İSG yönetim sisteminin gerekleri yerine getirilmektedir.
3. İSG etkinlikleri için bir ehliyetli görevli atanmış ve bir yönetim kurulu üyesi ve bir sendika şube yönetimi üyesi ile birlikte çalışmaktadır.
4. İşletme işçilerin sağlığı üzerine etkisi olabilecek çevresel koşullarının iyileştirilmesi ve kontrolüyle ilgili önleyici tedbirleri almıştır.
5. TİS'de İSG çalışmaları yeterince yansıtılmıştır.
6. İşletme, riskleri ortadan kaldırmış, önleyici tedbirleri planlamıştır ve düzenli olarak kontrol etmektedir.

7. İSG eğitim planı vardır, uygulanmakta ve belgelenmektedir.
8. İş kazalarını, meslek hastalıklarını ve yangınları önlemek için kapsamlı bir destek programı vardır.
9. İşletmenin İSG durumu yönetim kurulu ve sendika şube yönetimi tarafından periyodik toplantılarda analiz edilmektedir.
10. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi için ayrılan finansmanın dağıtımı kontrol edilmektedir.
11. Sendika teftişleri kurumsallaştırılmıştır; müfettişler eğitimli ve işletme yönetiminden bağımsızdır. Teftişlerinin sonuçlarını Çalışma Bakanlığı'na bildirirler.
12. Hiçbir iş kazası veya meslek hastalığı görülmemiş veya önemli ölçüde azalmıştır; hiçbir ölümlü iş kazası görülmemiştir. Bunlar görülürse paye geri alınır. Bunlar üzerinde sendikanın kontrolü vardır.
13. Sıhhiye-Hijyen Ekipleri ve Yangın Koruma Ekipleri oluşturulmuş, eğitilmiş ve gerektiği gibi işlevseldir. KAH uygulamaları belgelenmektedir.
14. Sendika tarafından işçiler ve ustabaşılar için yinelenen eğitim programları uygulanmaktadır.
15. Öz denetim düzgün işlemektedir.

V. KAH uygulamasının yöntemi.

1. İşletme yönetim kurulu ve sendika yönetim kurulu arasında karşılıklı anlaşma ile oluşturulan KAH uygulama önerisi, işçi meclisinin onayına sunulur ve bütün işçilerin yüzde 75'inden fazlasının onayı ile yürürlüğe girer.
2. Taraflar (yönetim ve sendika), her yönetim düzeyinde KAH uygulamasının örgütlenmesi ve izlenmesi için temsilciler atar.
3. Departmanlar için riskleri önleme ve ortadan kaldırma eylem planları yapılır. Bu planlar işçiler tarafından her alan, merkez ve bütün işletme için ayrı ayrı tartışılarak onaylanmalıdır.
4. Hareket, sağlık, güvenlik, çevre ve yangın önleme konularında bütün sorunları çözmek için tedbirleri göz önüne alan bir kapsamda olmalıdır.
5. Hareket, her düzeyde eylem planlarının yerine getirilmesini kontrol için işletme yönetimi ve sendika yönetimi tarafından onaylanacak bir

program yapar.

VI. Her düzey için "korunmuş" ilan edilme kuralları:

Alanlar için:

Alan sorumlusunun başvurusu ve sendika İSG müfettişinin onayı ile alan paye için önerilir; eylem planına uyulup uyulmadığı değerlendirilir; işletme yönetim kurulu ve işyeri sendika yönetimine başvurulur; uygun görüldüğü takdirde işletme işçi meclisinin onayına sunulur; paye işletme yönetimi ve sendika tarafından işçilere ilan edilir.

Merkezler veya tesisler için:

Merkeze (tesise) bağlı bütün alanlar yukarıdaki süreçlerle işletme işçi meclisi tarafından "korunmuş" alan ilan edildiğinde, merkezin veya tesisin "korunmuş" payesi alması için başvurulur; gerekli kontroller yapıldıktan sonra paye işletme yönetimi ve sendika tarafından işçilere ilan edilir.

İşletme:

Merkezlerde izlenen prosedür izlenir fakat başvuru eyalet veya ulusal düzeyde sendika yönetimi ve işletmeler ortak yönetimine yapılır. Çalışma Bakanlığı'nın bölgesel kurumları ve bölgesel İşçi Sağlığı ve Güvenliği kurumlarının desteği ile onay alınır.

VII. "Korunmuş" statüsünün onaylanması veya iptali.

"Korunmuş" statüsü her yıl yenilenir. Her düzey için "korunmuş" ilanı için gerekli koşulların sürdürülüp sürdürülmediği bir üst organ tarafından değerlendirilir. Her düzey için paye alma süreçleri aynen izlenerek statünün devamına onay verilir.

Denetimlerde "korunmuş" ilanı şartlarını sürdüremediği tespit edilen her düzeydeki birime verilen "korunmuş" statüsü geri alınır. Bir birimde ölümlü veya çok sayıda iş kazası ve meslek hastalığı görülmesi durumunda işyerinde sağlık ve güvenlik koşullarının ihlal edilmiş olması nedeniyle statü hemen iptal edilir. Çalışma Bakanlığı müfettişleri de denetimlerinde kuralların ihlal edildiğini tespit ettiklerinde "korunmuş" statüsünün kaldırılmasını önerebilirler.

"Korunmuş" statüsünü İSG etkinliklerini denetleyen ulusal sendika birliği müfettişleri de kaldırabilir.

VIII. "Korunmuş" statüsü alan birimlerin ödüllendirilmesi:

Alanlar: Diploma veya sertifika; başarılı alan yönetici ve işçileri işletme yönetimi ve sendika tarafından ödüllendirilir.

Merkezler ve İşletmeler: Diploma veya sertifika; yönetim ve sendika tarafından başarılı yönetici ve işçiler ödüllendirilir.

IX. Diğer Hususlar:

İşyeri Sağlığı ve Güvenliği bakımından başarılı merkezler ve işletmeler Ulusal Öncü statüsü kazanırlar.

KAH kayıtlarının içermesi gereken belgeler:

Hareketin uygulanması için yönetim kurulu, işçi birliği ve sendika yönetimi kararları

Tedbir planları ve planlara uyum izlemleri

Hareket kapsamındaki işletmelerin yönetim düzeyi bazında listeleri ve kontrol belgeleri

"Korunmuş" statüsü ilanı için yönetim kurulu, işçi birliği ve sendika yönetimi kararları

Çalışma Bakanlığı onayı.

Toplu İş Sözleşmesi, KAH uygulaması, geliştirilmesi ve kontrolüne ilişkin görevleri yansıtmalıdır.

Kamu çalışanları, sendikalar ve işçi sağlığı

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu[24] 20 Haziran 2012 tarihinde kabul edilmiş ve 30 Haziran 2012'de Resmi Gazete'de (28339 sayılı Resmi Gazete) yayınlanmıştır. Kanun'un amacı işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir (Madde 1).

Kamuda örgütlü sendikacılarımızın uzun bir süre bu yasanın sadece *özel sektörde* çalışan işçileri ilgilendirdiğini sanmalarına karşın, yasanın 2. Maddesinde, kanunun *kamu ve özel sektöre* ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dahil olmak üzere tüm çalışanlarına, faaliyet konularına bakılmaksızın, uygulanacağı belirtilmektedir.

İstisnalar ise fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindekiler hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri; afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri; ev hizmetleri; çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar; hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan işyurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri olarak sıralanmıştır.

---

24 http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm

Özetle kamu kesiminde örgütlü sendikalarımız üstlerine alınmasalar da, yasa açıkça kamu kesimini de kapsamı altına almaktadır. Sendikacılar, kamuda çalışanların "işçi" olmamaları, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu veya diğer özel kanunlara bağlı "memur" olmaları nedeniyle bu yasanın kendileriyle ilgisi olmadığını sanmaktadır. Oysa yasanın 3. Maddesi "işçi" veya "memur" sıfatları yerine "çalışan" sıfatını kullanmaktadır.

Çalışan, kendi özel kanunlarındaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişidir. Yani sendikalarımızın da anlayabileceği şekilde ifade etmek gerekirse 657 sayılı yasaya tabi devlet memurları da "çalışan" olarak bu yasanın kapsamındadır.

Kamu kesiminde birim amirlerinin yükümlülükleri

Yasanın 4. Maddesi işverenlere iş sağlığı ve güvenliği alanında bazı yükümlülükler getirmektedir. İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dahil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.

d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.

Sendikalarımız kamu sektöründe "işveren" olmadığını, herkesin memur olduğunu düşünebilirler. Yasa sendikalarımızın böyle düşünebileceklerini hesaba katarak bu konuya da 3. Maddesinde açıklık getirmiştir: İşveren adına hareket eden, işin ve işyerinin yönetiminde görev alan işveren vekilleri, bu Kanun'un uygulanması bakımından işveren sayılır. Yani işveren aramak için uzaklara gitmeye gerek yok, çalışılan birimin amiri (başhekim, müdür vb) bu kanunda işveren vekili olarak tanımlanmıştır

ve yukarıda sayılan yükümlülüklerin yerine getirilmesinden "şahsen" sorumludur. Yukarıdaki (a) ve (b) bentlerinde belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyen işverene her bir yükümlülük için ayrı ayrı ikibin Türk Lirası verilmesi hükme bağlanmıştır (Madde 26).

İşveren bu yükümlülüklerini yerine getirirken aşağıdaki ilkeleri göz önünde bulundurur (Madde 5):

a) Risklerden kaçınmak.
b) Kaçınılması mümkün olmayan riskleri analiz etmek.
c) Risklerle kaynağında mücadele etmek.
ç) İşin kişilere uygun hale getirilmesi için işyerlerinin tasarımı ile iş ekipmanı, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçiminde özen göstermek, özellikle tekdüze çalışma ve üretim temposunun sağlık ve güvenliğe olumsuz etkilerini önlemek, önlenemiyor ise en aza indirmek.
d) Teknik gelişmelere uyum sağlamak.
e) Tehlikeli olanı, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olanla değiştirmek.
f) Teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmek.
g) Toplu korunma tedbirlerine, kişisel korunma tedbirlerine göre öncelik vermek.
ğ) Çalışanlara uygun talimatlar vermek.

Burada geçen tehlike ve risk kavramları yasanın 3. Maddesinde tanımlanmıştır:

Tehlike: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir.

Risk: Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir.

Yasanın 6. Maddesi işverene iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için, iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık personeli görevlendirme yükümlülüğü getirmektedir; fakat yasada 12 Temmuz 2013 tarihinde yapılan bir değişiklikle yasanın bu maddesinin yürürlüğe girmesi 1 Temmuz 2016 tarihine ertelenmiştir. Ancak bu durum işvere-

nin yukarıda sayılan diğer yükümlülüklerini yerine getirmesine engel değildir.

Risk değerlendirmesi

Yasa uyarınca işverenin yapması gereken ilk iş risk değerlendirmesidir. Bu yükümlülük sanıldığı gibi 2016 yılına ertelenmemiştir. Halihazırda bu yükümlülüklerini yerine getirmeyen kamu işverenleri suç işlemektedir. Madde 3'te risk değerlendirmesi, işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmalar olarak tanımlanmaktadır. Yasanın 10. Maddesine göre işveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür.

Risk değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınır:

a) Belirli risklerden etkilenecek çalışanların durumu.

b) Kullanılacak iş ekipmanı ile kimyasal madde ve müstahzarların seçimi.

c) İşyerinin tertip ve düzeni.

ç) Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren gruplar ile kadın çalışanların durumu.

İşveren, yapılacak risk değerlendirmesi sonucu alınacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri ile kullanılması gereken koruyucu donanım veya ekipmanı belirler. İşyerinde uygulanacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri, çalışma şekilleri ve üretim yöntemleri; çalışanların sağlık ve güvenlik yönünden korunma düzeyini yükseltecek ve işyerinin idari yapılanmasının her kademesinde uygulanabilir nitelikte olmalıdır.

İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden çalışma ortamına ve çalışanların bu ortamda maruz kaldığı risklerin belirlenmesine yönelik gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaların yapılmasını sağlar. Risk değerlendirmesi yapmayan veya yaptırmayan işverene üç bin Türk Lirası, aykırılığın devam ettiği her ay için dörtbin-beşyüz Türk Lirası ceza verilir. Ölçümleri yaptırmayan işverene bin-beşyüz Türk Lirası ceza verilir (Madde 26).

Sağlık gözetimi

İşveren yasanın 15. Maddesi uyarınca çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlar. Yasanın bu maddesi de 2016 yılına ertelenmemiştir. Halen çalışanlarına işe giriş muayenesi ve periyodik muayenelerini yaptırmayan kamu işverenleri suç işlemektedirler.

İşverenler aşağıdaki hallerde çalışanların sağlık muayenelerinin yapılmasını sağlamak zorundadır:

1) İşe girişlerinde.
2) İş değişikliğinde.
3) İş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri halinde.
4) İşin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla.

Tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde (örneğin hastaneler) çalışacaklar, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamaz. Bu kanun kapsamında alınması gereken sağlık raporları, işyeri sağlık ve güvenlik biriminde veya hizmet alınan ortak sağlık ve güvenlik biriminde görevli olan işyeri hekiminden alınır. İşverene sağlık gözetimine tabi tutulmayan veya sağlık raporu alınmayan her çalışan için bin Türk Lirası ceza verilir (Madde 26).

Bilgilendirilme hakkı

İşyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve sürdürülebilmesi amacıyla işveren, çalışanları ve çalışan temsilcilerini işyerinin özelliklerini de dikkate alarak aşağıdaki konularda bilgilendirir (Madde 16):

a) İşyerinde karşılaşılabilecek sağlık ve güvenlik riskleri, koruyucu ve önleyici tedbirler.
b) Kendileri ile ilgili yasal hak ve sorumluluklar.
c) İlk yardım, olağan dışı durumlar, afetler ve yangınla mücadele ve tahliye işleri konusunda görevlendirilen kişiler.

Bu yükümlülükleri yerine getirmeyen işverene, bilgilendirilmeyen her bir çalışan için bin Türk Lirası ceza verilir.

Eğitim hakkı

Yasanın 17. Maddesine göre işveren, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini almasını sağlar. Bu eğitim özellikle işe başlamadan önce, çalışma yeri veya iş değişikliğinde, iş ekipmanının değişmesi halinde veya yeni teknoloji uygulanması halinde verilir. Eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni risklere uygun olarak yenilenir, gerektiğinde ve düzenli aralıklarla tekrarlanır. Çalışan temsilcileri özel olarak eğitilir. Mesleki eğitim alma zorunluluğu bulunan tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işlerde, yapacağı işle ilgili mesleki eğitim aldığını belgeleyemeyenler çalıştırılamaz.

İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalanan çalışana işe başlamadan önce, söz konusu kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitim verilir. Ayrıca, herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, tekrar işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimi verilir. Tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde; yapılacak işlerde karşılaşılacak sağlık ve güvenlik riskleri ile ilgili yeterli bilgi ve talimatları içeren eğitimin alındığına dair belge olmaksızın, başka işyerlerinden çalışmak üzere gelen çalışanlar işe başlatılamaz.

Geçici iş ilişkisi kurulan işveren, iş sağlığı ve güvenliği risklerine karşı çalışana gerekli eğitimin verilmesini sağlar. Bu madde kapsamında verilecek eğitimin maliyeti çalışanlara yansıtılamaz. Eğitimlerde geçen süre çalışma süresinden sayılır. Eğitim sürelerinin haftalık çalışma süresinin üzerinde olması halinde, bu süreler fazla sürelerle çalışma veya fazla çalışma olarak değerlendirilir. Bu yükümlülükleri yerine getirmeyen işverene her bir çalışan için bin Türk Lirası ceza verilir.

Kamuda örgütlü sendikaların görevleri

Yasanın 18. Maddesine göre işveren, görüş alma ve katılımın sağlanması konusunda, çalışanlara veya iki ve daha fazla çalışan temsilcisinin bulunduğu işyerlerinde varsa işyeri yetkili sendika temsilcilerine yoksa çalışan temsilcilerine aşağıdaki imkânları sağlar:

a) İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda görüşlerinin alınması, teklif getirme hakkının tanınması ve bu konulardaki görüşmelerde yer

alma ve katılımlarının sağlanması.

b) Yeni teknolojilerin uygulanması, seçilecek iş ekipmanı, çalışma ortamı ve şartlarının çalışanların sağlık ve güvenliğine etkisi konularında görüşlerinin alınması.

İşveren, destek elemanları ile çalışan temsilcilerinin aşağıdaki konularda önceden görüşlerinin alınmasını sağlar:

a) İşyerinden görevlendirilecek veya işyeri dışından hizmet alınacak işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer personel ile ilk yardım, yangınla mücadele ve tahliye işleri için kişilerin görevlendirilmesi.

b) Risk değerlendirmesi yapılarak, alınması gereken koruyucu ve önleyici tedbirlerin ve kullanılması gereken koruyucu donanım ve ekipmanın belirlenmesi.

c) Sağlık ve güvenlik risklerinin önlenmesi ve koruyucu hizmetlerin yürütülmesi.

ç) Çalışanların bilgilendirilmesi.

d) Çalışanlara verilecek eğitimin planlanması.

Çalışanların veya çalışan temsilcilerinin, işyerinde iş sağlığı ve güvenliği için alınan önlemlerin yetersiz olduğu durumlarda veya teftiş sırasında, yetkili makama başvurmalarından dolayı hakları kısıtlanamaz. Bu yükümlülükleri yerine getirmeyen işverene, her bir aykırılık için ayrı ayrı bin Türk Lirası ceza verilir.

Çalışan temsilcileri

İşveren yasanın 20. Maddesine göre işyerinin değişik bölümlerindeki riskler ve çalışan sayılarını göz önünde bulundurarak dengeli dağılıma özen göstermek kaydıyla, çalışanlar arasında yapılacak seçim veya seçimle belirlenemediği durumda atama yoluyla, aşağıda belirtilen sayılarda çalışan temsilcisini görevlendirir:

a) İki ile elli arasında çalışanı bulunan işyerlerinde bir.

b) Ellibir ile yüz arasında çalışanı bulunan işyerlerinde iki.

c) Yüzbir ile beşyüz arasında çalışanı bulunan işyerlerinde üç.

ç) Beşyüzbir ile bin arasında çalışanı bulunan işyerlerinde dört.

d) Binbir ile ikibin arasında çalışanı bulunan işyerlerinde beş.

e) İkibinbir ve üzeri çalışanı bulunan işyerlerinde altı.

Birden fazla çalışan temsilcisinin bulunması durumunda baş temsilci, çalışan temsilcileri arasında yapılacak seçimle belirlenir. Çalışan temsilcileri, tehlike kaynağının yok edilmesi veya tehlikeden kaynaklanan riskin azaltılması için, işverene öneride bulunma ve işverenden gerekli tedbirlerin alınmasını isteme hakkına sahiptir. Görevlerini yürütmeleri nedeniyle, çalışan temsilcileri ve destek elemanlarının hakları kısıtlanamaz ve görevlerini yerine getirebilmeleri için işveren tarafından gerekli imkânlar sağlanır. İşyerinde yetkili sendika bulunması halinde, işyeri sendika temsilcileri çalışan temsilcisi olarak da görev yapar.

İş sağlığı ve güvenliği kurulu

Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur. İşveren, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular. Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;

a) Asıl işveren ve alt işveren tarafından ayrı ayrı kurul oluşturulmuş ise, faaliyetlerin yürütülmesi ve kararların uygulanması konusunda iş birliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.

b) Asıl işveren tarafından kurul oluşturulmuş ise, kurul oluşturması gerekmeyen alt işveren, koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

c) İşyerinde kurul oluşturması gerekmeyen asıl işveren, alt işverenin oluşturduğu kurula iş birliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

ç) Kurul oluşturması gerekmeyen asıl işveren ve alt işverenin toplam çalışan sayısı elliden fazla ise, koordinasyonu asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur.

Aynı çalışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir. Bu yükümlülükleri yerine getirmeyen işverene her bir aykırılık için ayrı ayrı iki bin Türk Lirası ceza verilir (Madde 26).

Elden geldiğince özetlemeye ve sendikalarımızın da anlayabilecekleri şekilde ifade etmeye çalıştığımız yasanın yukarıdaki hükümleri 1 Ocak 2013 tarihinden beri yürürlükte olmasına karşın, kamu kesiminde örgütlü sendikalarımız yasada belirtilen yükümlülüklerini yerine getirmeyen işverenlere karşı herhangi bir girişimde bulunmamışlardır. Kuşkusuz bu durum kamu kesiminde örgütlü sendikalarımızın geçtiğimiz yıl hiçbir şey yapmadığı anlamına gelmez. Aksine kamuda örgütlü sendikaların çoğu için 2013 yılı oldukça hareketli geçmiştir. Sendikalarımız bu yoğun uğraşları arasında üyelerinin sağlık ve güvenliğine ayıracak zaman bulamamışlardır.

Kamuda görevli çalışanlara düşen kendi göbeklerini kendilerinin kesmesi ve yukarıda sayılan yükümlülüklerini yerine getirmeyen işverenleri bu yükümlülüklerini yerine getirmeye zorlamaktır. Bunu kendi sağlık ve güvenlikleri için yapmaları gerekir.

Endüstriyel demokrasi

Emeğin endüstriyel kararlara katılma talebi sanayi devriminin ilk günlerine kadar uzanmaktadır. İşçiler bilinçlendikçe endüstriyel koşullara ve sermayeye karşı eylemlere geçerek daha 1808'de seslerini duyurmaya başlamışlardır[25]. Bu hareketlerin yaygınlaşması 1800'lerin ilk çeyreğinde ütopik sosyalist hareketi[26] ve 1840'larda Chartist hareketi doğurmuştur. Yine işçi yardım sandıkları, sendikalar, kooperatifler, Marksist hareketin ortaya çıkması ve işçi partilerinin kurulması işçilerin (emeğin) katılım talebinin ürünleridir.

Endüstriyel katılım terimi ilk kez 1897 yılında Sidney ve Beatrice Webb tarafından ortaya konmuştur. Yazarlar sendikaları işçi sınıfının "insanların, insanlar için, insanlar tarafından yönetimi" organları olarak görmektedirler. Bu organla "içsel demokrasisini" sağlayacak olan işçi sınıfı, toplu sözleşme yoluyla da "dışsal" ya da endüstriyel demokrasi için mücadele edecektir.

İşçilerin endüstriyel kararlara katılımının nasıl olacağı konusunda esas olarak iki görüş öne çıkmıştır. Bunlardan *birincisi* devrim yoluyla sermayenin alaşağı edilerek endüstri üzerinde emeğin egemenliğinin kurulması ve *diğeri* mevcut düzen içinde reformlar yoluyla işçi ve emekçilerin yaşam ve çalışma koşullarının düzeltilmesidir. Ancak reformların sadece kapitalizmi dizginlemekle kalmayacağını, reformlar yoluyla sosyalizme

25 İngiltere'de pamuklu bez fabrikası, kömür madeni ve İskoçyalı dokumacıların büyük grevi.

26 Robert Owen

ulaşılacağını savunanlar da bulunmaktadır. Örneğin Hilferding endüstriyel demokrasiyi, *sosyalizmin kaldıracı* olarak görmektedir.

Emeğin endüstriyel demokrasi talebi karşısında sermayenin tutumu her zaman kategorik olarak bu talebin reddi şeklinde olmamıştır. İşçi sınıfı hareketinin sermaye egemenliğini tehdit ettiği dönemlerde, aslında emek ve sermayenin düşman değil, ortak amaca koşan iş ortakları olduğu, işyerlerinde işçilerin kararlara katılımıyla yalnızca iş barışı değil, aynı zamanda daha iyi bir verimlilik ve üretkenlik sağlanacağı akla gelir. Ancak burada sermayenin sözlüğünde "katılım" ve "demokrasi" sözcüklerinin, emeğin sözlüğündekilerden farklı anlamlar taşıdığını unutmamak gerekir. Çoğu kez sermayenin katılım olarak tanımladığı, emek için otoriteye kölece boyun eğme anlamına gelmektedir.

Karar gücü

İşyerinde işçilerin hangi kararlara katılımına "izin" verilmektedir? İşçilerin katılımına izin verilen konular arasında kimin işe alınacağı, kimin çıkartılacağı, kimin terfi ettirileceği, ücretlerin ne kadar olacağı, çalışma koşullarının ne olacağı, uzlaşmazlıkların nasıl çözüleceği, ne üretileceği, ürünlerin fiyatı, üründen elde edilen gelirin dağılımı gibi konular var mıdır; yoksa işçilere yalnızca iş önlüklerinin hangi renk olmasını tercih ettikleri mi sorulmaktadır?

İşyerinde kararlar birkaç yoldan alınabilir:

Otoriter yol: Bir veya birkaç kişi karar alır ve kuralları koyar, diğerleri (emekçiler) boyun eğerler.

Paternalist yol: Otoriter yolun "baba en iyisini bilir" biçiminde yumuşatılmış halidir.

Bürokratik yol: Sermayedar kendi kararlarını bir dizi kurallar ve işveren vekilleri ardına gizler.

Bilimsel yönetim: Sermaye yönetimi "işlerin en iyi nasıl yapılacağını en iyi bilen" uzmanlar eliyle yürütür.

Katılımcı yol: Endüstriyel kararlar işçilerin farklı düzeylerde katılımıyla gerçekleşir. Bu katılım Küba'daki gibi bütün söz, yetki ve kararın çalışanlarda olmasından, yukarıdaki örnekte olduğu gibi önlüklerin rengi konusunda fikir beyanına kadar değişkenlik gösterebilir.

Karar süreçlerinin demokratikleştirilmesi

İşçilerin karar mekanizmalarına katılımı dört yoldan gerçekleştirilebilir:

1. Üretim araçları üzerindeki mülkiyet ve kontrol demokratikleştirilebilir. Bu durumda fabrikaların yönetimini işçiler alacak ve işletmeleri kendi içlerinden çıkarttıkları yöneticiler eliyle yöneteceklerdir. En demokratik yöntem budur.
2. Emekçiler ve sermayedar (ya da vekilleri) bir tür ortaklık kurabilirler. Bir yönetim kurulunda işçiler ve işveren(ler) eşit olarak temsil edilir ve kararlar birlikte alınır. İktidarın işçi sınıfının elinde olmadığı koşullarda bu yöntem verimli olmayabilir, ancak iktidar emekçilerde ise denenmeye değer bir yöntemdir.
3. Yönetimin demokratikleştirilmesi, kararlarda işçilere danışılması anlamında kullanılmaktadır. Ancak karar gücü tamamen sermayenin elindedir.
4. Toplu sözleşmenin de bir tür katılım olduğu kabul edilmektedir. İşçi sınıfı üretimden gelen gücünü kullanarak veya kullanma tehdidiyle sermayeyi yaşam ve çalışma koşullarını iyileştirmeye ikna edebilir. Bu yöntem yalnızca gelişmiş kapitalist ülkeler için geçerlidir; diğer ülkelerde işçilerin üretimden gelen gücünü kullanmaları otoriter "demokrasilerce" zorbalıkla engellenmektedir.

İşçilerin üretim araçlarını kontrolü

20. yüzyılda bu yöntem sosyalist ülkelerde yaygın olarak kullanılmıştır. Yugoslavya'da işyerlerinin yönetimi İşçi Konseyleri'ne bırakılmıştır. Ekonomik gücün geniş ölçüde yerellere bırakıldığı bu endüstriyel özyönetim modelinde yönetim tamamen işçilerdedir. İşyerinden seçilen sendikalı veya sendikasız işçilerden oluşan bir konsey, yönetici ve yönetim kurulunun[27] atanmasından, ücretlere; ne üretileceğinden, hangi fiyata satılacağına kadar bütün konularda karar almaya yetkilidir.

Diğer sosyalist ülkelerde ekonomide merkeziyetçi bir yaklaşım benimsenmiş ve işçilerin sendikalar kanalıyla yönetime katılmaları sağlanmışsa da, Yugoslavya örneğindeki gibi işyeri yönetimine bütün yetkiler devre-

27 3 - 11 üyeden oluşur

dilmemiştir. Üretim ve dağıtımın merkezi olarak planlandığı ve uygulandığı bu modele ilişkin birçok eleştiriler yöneltilmiştir. Ancak ekonomide merkezi bir yaklaşım benimseyen ve halen yaşayan tek sosyalist ülke olan Küba'da uygulama başarıyla sürdürülmektedir.

İşçiler ve yönetimin ortaklığı

İşçi sınıfının örgütlü ve güçlü olduğu bir dizi ülkede bu model denenmiştir. Avrupa'da işçi sınıfının iktidar için en ciddi tehdit oluşturduğu Almanya, 1891 yılında işçi konseylerini yasal olarak kabul etmiş, 1918 yılında da sermaye toplu sözleşme masasına oturmak zorunda kalmıştır. Almanya'da işçi sınıfının en büyük sorunu "birliğini" sağlayamaması olmuştur. Defalarca iktidarı almaya ramak kala konumlara geldiği halde sosyal demokrat, komünist ve Katolik sendikalara bölünen emekçiler fırsatları değerlendirememişlerdir. Sonunda Hitler hepsini dağıtmış ve işyerlerinde kurulan işçi konseylerini dağıtmıştır.

İkinci Paylaşım Savaşı sonrası Almanya eski katılım mekanizmalarını yeniden gözetim kurulu ve iş konseyi düzeyinde gerçekleştirmiştir[28]. Bu mekanizmalar en yaygın haliyle kömür ve çelik sanayilerinde kullanılmıştır. Buralarda oluşturulan gözetim kurulları beş işçi, beş işveren ve şirket dışından bir "tarafsız" üyeden[29] oluşmuştur.

İşçi sınıfının çok güçlü olduğu diğer bir ülke olan Norveç'te, 1950'lerden itibaren devlet mülkiyetindeki işletmelerin yönetim kurullarında işçi temsilcileri görev almaya başlamışlardır. Ancak Norveç deneyimi, Almanya deneyimi kadar başarılı olmamıştır. Sınıf bilincinin yeterince gelişmediği bu ülkede, işletmelerin yönetiminde görev alan işçi temsilcileri, kendilerini temsil ettikleri işçilerle çelişkiye düşmekten kurtaramamışlardır. Hükümet üzerinde yeterli baskı oluşturamamaları nedeniyle Norveçli işçilerin bu deneyimden çok kazançlı çıktıkları söylenemez.

İsrail'deki işçi katılımı deneyimi de Norveç'teki gibi çok başarılı olamamıştır. Genel İşçi Federasyonu (Histadrut) aynı zamanda hem işçi sendi-

---

28 Sermayenin, egemenliklerini güvenceye alabilmek için "Batı" Alman emekçilerinin "Doğu" Alman emekçilerin sahip olduğu haklara yakın haklara sahip olmaları gerektiğini düşündükleri aşikârdır.

29 Genellikle bir bürokrat veya öğretim üyesi.

kası hem de işverendir. Üye sayısı 700 bine ulaşan sendika, İsrail'de adil bir toplum yaratmak iddiasıyla sahneye çıkmıştır. Ülke sanayisinin dörtte birini elinde tutan sendika, Ortak Üretim Komiteleri eliyle işçilerin yönetime katılımını sağlamaya çalışmıştır. Ancak işçi sınıfının yeterli bilince sahip olmadığı ülkede, işçiler kötü iş disiplini ve düşük üretkenlik sorunlarının üstesinden gelememişlerdir. 1960'ların başında çöken program bu ülkede işçilerin yeniden ücret sendikacılığına dönmesiyle sonuçlanmıştır.

İngiltere'de işçi katılımı başından itibaren ortak danışma komiteleriyle sınırlı kalmıştır. İşçi Partisi'nin yıllarca hükümet ettiği, birçok sanayi dalının ve sağlığın devletleştirildiği bu ülkede endüstriyel demokrasi noktasında çok az çaba harcanmış olması şaşırtıcıdır. Devletleştirilmiş işletmelerin yönetimine atanan sendikacılar, buralarda "işçi temsilcisi" olmaktan çok, diğer bürokratlar gibi davranmışlardır. Daha çok işçi sağlığı ve güvenliği alanında yoğunlaşan çabalarla sınırlı kalan işçi temsili, esas olarak toplu sözleşmeler yoluyla gerçekleşebilmiştir.

Son olarak endüstriyel demokrasi denince akla ilk gelen ülkelerden biri olan İsveç hakkında birkaç söz söylemek gerekir. İsveç'te iş konseyleri düşüncesi ilk olarak 1920'de Ernest Wigforss tarafından ortaya atılmıştır. 1923 yılında işçi konseyleri tasarısı işveren sendikalarının sert direnişiyle karşılaşmış fakat İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında işverenlerin güç kaybetmesiyle birlikte 1946 yılında İş Konseyi Anlaşması imzalanmıştır. 25'ten fazla işçi çalıştıran işletmelerde[30] iş konseyleri kurulmuştur. Konseylere[31] pazarlık veya karar gücü tanınmamıştır.

İşverenler sürekli konsey çalışmalarını baltalamıştır. Yılda en az 4 kez toplanması gereken konseyler çoğu kez toplanamamış ve işçi temsilcilerinden bilgiler gizlenmeye çalışılmıştır. 12 yıllık bir deneyimden sonra işçiler konseylerin gerçek katılım organları olamadıklarını deneyimleriyle görmüşler ve konseyler giderek birer danışma organına indirgenmiştir.

Yönetimin demokratikleştirilmesi

1920'lerin başlarındaki Hawthorne deneyleri, işçiler ile işverenler arasın-

30 Bu rakam 1958'de 50'ye yükseltilmiştir.

31 Bir yıl içinde 4 bin konsey kurulmuştur.

da belli bir uyum sağlanmasının üretim ve kâr üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. Bunun üzerine ABD'de Maslow ve McGregor gibi teorisyenler işyerlerindeki sorunların çözümünde işçi katılımını sağlamayı öğütleyen çalışmalar yapmışlardır.

Kuşkusuz bu "sorunlar" ücretlerin düzeyi, çalışma koşulları veya kârın nasıl daha adil paylaşılacağı gibi sorunlar olmaktan çok, üretimin nasıl artırılabileceği gibi "sorunlardır". En üretken işçilerin en "mutlu" işçiler olduğunu varsayan ve aslında doğası gereği "tembel" olan işçilerin nasıl daha üretken olmaya güdülenebileceğine odaklanan çalışmalar daha çok ABD'de sınırlı kalmış, Avrupa'da fazla rağbet görmemiştir.

Toplu sözleşme

Toplu sözleşme endüstriyel demokrasinin en yaygın biçimidir. İşçi bilinç, örgütlülük ve gücü ölçüsünde işvereni çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmesi için zorlar. Bunun gerçekleşebilmesinin ön koşulu işçilere örgütlenme özgürlüğü tanınmasıdır. Günümüzde bu "özgürlük" hemen dünyanın birçok ülkesinde tanınmıştır fakat özgürlüğün düzeyi çok geniş bir yelpazede yayılmaktadır. Birçok ülkede bazı sektörlerde sendikalaşma yasal olarak veya fiilen engellenmekte, bazı sektörlerde grev yasaklarıyla sendikalar işlevsiz kılınmaktadır.

Toplu sözleşme aracılığıyla işçi katılımı sağlanabilmesinin ön koşulu işçi sınıfının birliğidir. İşçi sınıfının en azından sendikal birliğinin sağlanamaması durumunda işverenler kolayca kendileri için en iyi toplu sözleşmeyi imzalayacak sendikaları açık ya da gizli destekleyebilmektedirler.

Okuma 6
İşyeri hekimliği göründüğü gibi değil

Öncelikle tarihte işçi sağlığı hizmetleri ve işyeri hekimliğinin sınıf mücadelesinin ürünleri olarak doğduğunu ve geliştiğini belirtmekle başlayalım. İşyeri hekimliği ancak emek - sermaye ilişkileri bağlamında ele alındığında anlaşılabilir. İşyeri hekimliğinin bu karakterini anlayamazsak, işyeri hekimliğinin genel hekimlik hizmetlerinden farkını da anlayamayız.

İşyeri hekimliği nedir, işyeri hekimleri ne yaparlar?

İşyeri hekimliğini genel hekimlikten ayıran en önemli özellik şudur: İşyeri hekimliğinin konusu önlenebilir veya kaçınılabilir sağlık sorunlarıdır. İşyeri hekimliğinin babası olarak kabul edilen Ramazzini bu durumu 1713 yılında yayınlanan ünlü kitabına *De Morbis Aritificium Diatriba* (On Artificially Caused Diseases), yani *yapay hastalıklar* başlığını vererek ifade etmiştir. Virchow da maden ocaklarında patlak veren bir salgını incelediği ünlü *Yukarı Silezya Tifüs Salgını Raporu*'nda kullandığı *yapay salgın* ifadesiyle bu hastalıkların önlenebilir hastalıklar olduğunu vurgulamıştır.

Kuşkusuz işyeri hekimliğinin kökleri İmhotep veya Hipokrat'a kadar gerilere götürülebilir, fakat çağdaş anlamıyla işyeri hekimliği Fransız Devrimi'yle ete kemiğe bürünmüştür. Gerçekten de işçilerin yaptıkları işler nedeniyle kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına yakalandıklarına ilişkin veriler Ebers Papirüsünde vardır. Hipokrat kurşun zehirlenmesinin belirtilerini mükemmel bir şekilde tanımlamıştır, fakat işçilerin bu sorun-

lara karşı korunması için ilk somut adımlar Fransız Devrimi sonrasında atılmaya başlamıştır.

Kadınların ve çocukların çalışma ortamlarının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinden korunmalarına ilişkin ilk yasal düzenlemeler, çalışma saatlerinin kısaltılması, işçilerin çalışacakları işe sağlık bakımından uygun olup olmadıklarını değerlendirmek için yapılan işe giriş muayeneleri ve belirli aralıklarla sağlık kontrollerinden geçirilmesi gibi temel işyeri hekimliği uygulamaları sanayi devrimiyle birlikte gelişmiş kapitalist ülkelerde yaygınlaşmıştır.

Bu sayılanlar ve diğer birçok işçi sağlığı ve güvenliği uygulaması işçi sınıfının yaşam ve çalışma koşullarının düzeltilmesi talebiyle yükselttiği mücadele sürecinde kazanılmış haklardır. Dayanılmaz çalışma ve yaşam koşullarına tepkilerini 1848 ayaklanmalarıyla ortaya koyan Avrupalı işçiler 1871 Paris Komünü'yle sermaye egemenliğini tehdit etmeye başlayınca, Almanya'da Bismarck hükümeti hastalık sigortasını getirerek işçilere "düzeni değiştirmeden" de çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirebilecekleri mesajı vermek zorunda kalmıştır.

Almanya'da sigorta kurumu işçilere sağlık hizmeti sunmak üzere işyerlerinde sağlık birimleri ve hastaneler açmaya ve bu kurumlarda hekim istihdam etmeye başladığında işyeri hekimliğinden emeğin ve sermayenin farklı beklentileri olduğu ortaya çıkmıştır. Emek, işyeri hekimliğinden kendisini önlenebilir sağlık sorunlarına karşı korumasını beklerken, sermaye, işyeri hekimlerini işçilerin sağlık sorunlarını mümkün olduğunca işyerinde çözerek kendisine işgücü tasarrufu sağlayan elemanlar olarak görmek eğiliminde olmuştur. Ücretlerini işverenlerden alan işyeri hekimlerinin genellikle kendilerine işverenin biçtiği rolü benimsediklerini söylemek abartı olmayacaktır.

Tarihte modern anlamıyla işyeri hekimliği uygulamasının ilk örneği 1917 Ekim Devrimi'yle kurulan Sovyetler Birliği'nde görülmüştür. Sovyet hükümeti diğer kapitalist ülkelerde olduğu gibi işçiler için ayrı bir sağlık örgütlenmesine gitmek yerine işyeri hekimliğini ulusal sağlık sisteminin omurgası halinde örgütlemiş ve 1924 yılında kurduğu "hijyen" tıp fakültelerinde, mezun olduklarında fabrika sağlık birimlerinde görev

alacak hekimler yetiştirmeye başlamıştır. Bu hekimler işyerlerinde yalnızca koruyucu işyeri hekimliği hizmetleri sunmakta, hasta işçiler tedavi hizmetleri için ikametgâhlarına yakın birinci basamak kurumlarda "genel" tıp fakültelerinden mezun pratisyen hekimlere başvurmaktadır.

İkinci Paylaşım Savaşı sonrası sosyalizm yoluna giren ülkeler işyeri hekimliğinde Sovyet modelini benimserken, gelişmiş Batılı ülkelerde Bismarck modeli yaygınlaşmıştır. 1997 yılında *Avrupa Tıp Uzmanları Birliği* (European Union of Medical Specialists) bünyesinde *İşyeri Hekimliği Uzmanlığı* bölümü oluşturulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında işyeri hekimleri için yeterlilikler tanımlayarak bu alanda bir standartlaşma getirmiştir. İşyeri hekimliği, işçilerin sağlığının değerlendirilmesi; çalışma koşulları ve süreçlerinin işçilerin sağlığı ile ilişkilendirilmesi; tüm çalışan nüfusun sağlık, beceri ve çalışma kapasitesinin yönetimine yardımcı olunması; çalışma yetisi ve üretim bağlamında vaka yönetimi ile ilgili tıp uzmanlığıdır. 2002 yılında İşyeri Hekimliği Uzmanlığı eğitiminin asgari koşulları belirlenerek[32] eğitim süresinin asgari 4 yıl olması kararlaştırılmıştır.

Bu süreçler Türkiye'de nasıl gelişti?

Osmanlı İmparatorluğu'nda işçi sağlığına ilişkin ilk düzenleme Zonguldak bölgesindeki kömür ocaklarında çalışan işçiler için işyerlerinde hekim bulundurma zorunluluğu getirilmesidir. Açıkçası 1865 Dilaver Paşa Nizamnamesi ve 1869 Maadin Nizamnamesi'nde yer alan bu hükmün gereğinin yerine getirilip getirilmediği, getirildiyse istihdam edilen hekimin işletmede neler yaptığına ilişkin elimizde veri yoktur. Ancak 1913 yılında Dr. Reşat Rıza tarafından kaleme alınan Veremi Herkes Bilmelidir başlıklı bir broşürde "amele rutubetli, havasız, karanlık, ahır gibi yerlerde çalıştırılıyor; amelenin sıhhati için lazım olan tertibata aldırış bile edilmiyor" tümcesinin yer aldığını biliyoruz. Yani hekimlerimiz daha bu yıllarda Almanya'da oldukça gelişmiş olan işçi sağlığı çalışmalarından haberdardır.

Cumhuriyet döneminde işçi sağlığına ilişkin ilk düzenleme 1930 yılında kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda (Genel Sağlığı Koruma

32 http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheuroccmedicine.pdf.

Yasası) yapılmıştır. Burada işyeri ve çevresinin sağlığa uygunluğunun sağlanması, 50'den fazla işçi çalıştırılan işyerlerinde işçilere tıbbi bakım sağlanması ve sağlık birimlerinin kurulması gibi hükümler vardır. 1946 yılında yayınlanan Sendika Gazetesi nüshalarında işyeri hekimliğine ilişkin yazılar vardır; bu yazılardan birinde "müesseselerin hekim bulundurmayı sırf bir kanuni formalite icabı olarak telakki" ettikleri, çoğu kez işyeri hekimi bile tutmayıp emekli hekimlerin diplomalarını *kiralayarak* işyerinde hekim varmış gibi gösterdikleri belirtilmektedir.

Bir başka yazıda

> *"İngiltere, Amerika, Fransa, Belçika ve sair ileri sanayi memleketlerinde olduğu üzere bu sahada çalışacak doktorların ayrı kurslara tabi tutulmaları; bunlara verilecek hıfzıssıhha, sosyal hijyen, hayati kimya, bakteriyoloji malumatının arttırılması şarttır"*

ifadesi vardır. Yani Türkiye işyeri hekimliğinin bir "uzmanlık alanı" olduğunu[33] daha 1950'li yıllarda bilmektedir. Dr. M. Hulusi Dosdoğru tarafından kaleme alınan bir makalede ise Alman kaynaklardan yararlanılarak toplumcu tıbbın tanımı yapılmakta,

> *"sosyal tababetin ana davası insanları hastalandırmadan yaşatmak imkanlarını önceden sağlamaktır"*

denilmektedir.

Özetle üzerinde yaşadığımız coğrafyada işçi sağlığı 1860'lı yıllardan beri bilinmekte fakat uygulanmamaktadır. 1960'lı yıllara kadar işçi sınıfının mesleki ve siyasi örgütleri yasaklanmış ve talepleri zorla bastırılmıştır. 1961 Anayasası'nın sağladığı göreli demokratik ortamda işçi sınıfı talepleri etrafında örgütlenebilmeyi başarabilmişse de, önce 12 Mart ve daha sonra 12 Eylül darbeleriyle yine sindirilmiş ve sonunda yine örgütsüz bırakılmıştır.

---

33 Türkiye'de bu yazının kaleme alındığı 2013 yılında dahi işyeri hekimliği hâlâ bir uzmanlık alanı değil, hekimlere özel dershaneler tarafından verilen 220 saatlik "kurslarla" işyeri hekimi olunabiliyor.

Bütün bu süreçler boyunca işçi sağlığı işverenler için "kanuni formalite icabı", işçiler için rahatsızlandıklarında veya reçete yazdırmaları gerektiğinde gidilecek bir yer, hekimler için "ek bir gelir" kaynağı olmayı sürdürmüş, tıp eğitimi dışında tutulmuş, üniversitelerin, siyasi partilerin ve sendikaların gündemine girememiştir.

TTB'nin bu konuda etkinlikleri neler oldu?

TTB'nin işçi sağlığı konusunu gündemine alması oldukça yenidir. Bilindiği gibi TTB esas olarak devletin hekimlik faaliyetlerini düzenlemek ve denetlemek amacıyla örgütlediği korporatist bir kurumdur; ancak 1960'larda Türkiye'de sınıf mücadelesinin ivme kazanmasıyla birlikte hekimler arasındaki ilerici unsurlar TTB'yi bir mevzi olarak görmüş ve bu örgütün yönetimine gelmek için çaba göstermeye başlamışlardır.

1970'li yılların sonlarına doğru TTB emekçiler için sınıf mücadelesinde bir mevzi haline gelmiş ve işçi sınıfının mücadelesine omuz vermeye başlamıştır. TTB'nin bu alandaki ilk somut faaliyeti 1978 yılında düzenlediği Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi'dir. Bu kongrede TTB'nin işçi sağlığına emekten yana bir yaklaşım sergilediğini görüyoruz. İşyeri hekimlerinin görevlerini layıkıyla yerine getirebilmeleri için ücretlerinin işveren tarafından ödenmemesi, yasal yükümlülüklerini yerine getirmeyen işverenlerin daha ağır cezalara çarptırılması gibi taleplerin de dillendirildiği kongre Türkiye'de gerçek anlamda işyeri hekimliği faaliyetleri için bir *milat* sayılabilir.

Bu gelişmeler iki yıl sonra 12 Eylül faşist askeri darbesiyle sekteye uğramış, TTB kapatılarak yöneticileri tutuklanmıştır. 1984 yılında TTB'nin faaliyetine yeniden izin verildiğinde yönetime sosyal demokrat hekimler gelmiştir. 1980'li yılların sonlarına doğru kendilerini sosyal demokrasinin daha solunda tanımlayan hekimlerin TTB yönetiminde ağırlık kazanmalarına karşın, TTB bir daha asla 1970'lerin sonundaki çizgisine erişememiştir.

Bu farklılık ikincisi 1988 yılında toplanabilen Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, 1978 yılında gerçekleştirilen ilk kongre ile karşılaştırıldığında açıkça kendisini göstermektedir. 1978'lerde ortama egemen olan işçilerin üretim üzerinde söz ve karar sahibi olmaları gibi talepler, egemen sınıf-

ların hiç değilse kendi çıkarttıkları yasalara uymaya davet edilmesine gerilemiştir.

Bu dönemde TTB İstanbul'da ilk *İşyeri Hekimliği Sertifika Programı*'nı açarak bu alana müdahil olmuştur. TTB yasasını ve işyeri hekimliğine ilişkin mevzuatı kullanarak Çalışma Bakanlığı ve işverenler üzerinde baskı oluşturmuş ve yalnızca TTB'den sertifika alan hekimlerin işyeri hekimi olarak yetkilendirilmeleri talep edilmiştir.

Kuşkusuz Türkiye'de işyeri hekimliğinin tarihine bakıldığında TTB'nin attığı bu adım çok değerli ve önemlidir, fakat tıp içinde ayrı bir uzmanlık alanı olan işyeri hekimliğinin gerektirdiği bilgi ve becerilerin bu kurslarda kazandırılmasının olanaksızlığı da ortadadır. Bu kurslar yalnızca hekimlere tıp içinde böyle bir uzmanlık alanının da bulunduğunu anlatma ve işyeri hekimliği içinde yer alan hekimlik etkinliklerini tanıtma işlevi görmüşlerdir.

1990'lı yıllar Türkiye'de maaş ve ücretle çalışan hekimlerin oldukça yoksullaştıkları ve gelirlerini artırabilmek için çırpındıkları yıllardır. Bu dönemde bir yanda hekimlerin ilerici unsurları Beyaz Eylemler örgütleyerek ekonomik demokratik mücadeleyi yükseltmeye çabalarken, diğer yanda büyük çoğunluk "kendisini kurtarma" çabasına girmiş, işyeri hekimliği birçok hekim için "ek bir gelir kapısı" olarak görülmeye başlamıştır. TTB üzerinde daha fazla kurs açması ve daha fazla hekime işyeri hekimliği sertifikası sağlaması yönünde baskılar artmış, popülist TTB yöneticileri bu baskılara boyun eğerek oldukça kısa bir süre içinde 30 bin kadar hekime işyeri hekimliği belgesi düzenlemiştir.

Kuşkusuz TTB içinde bu gelişmelere karşı çıkan ilerici hekimler de olmuştur, ancak solun ideolojik ve politik olarak ezildiği 80 sonrası yıllarda bu kesimlerin sesi fazla duyulamamıştır. 2000'li yıllara gelindiğinde işyeri hekimliği artık kelimenin tam anlamıyla bir "ek gelir" kapısıdır. İşyeri hekimliği yapan hekimlerin büyük bir kısmı fabrikalarda yalnızca işverenlerin talebi doğrultusunda poliklinik hizmeti vermekte ve bu hizmet karşılığında TTB tarafından belirlenen asgari ücret tarifesine göre ücretlendirilmektedir. Kuşkusuz işyeri hekimleri arasında mesleğini gereği gibi yerine getirme çabası içinde olan hekimler de yok değildir,

fakat bunların sayısı genel toplam içinde gerçekten ihmal edilebilir düzeydedir.

2000'li yıllar Türkiye'de emek güçlerinin bütün tarihsel kazanımlarını yitirdiği yıllardır. Bu süreçte sigortasız çalışan emekçi sayısı sigortalı sayısını aşmış, sendikalaşma oranları sendikaların yasaklandığı 1946 yılının dahi gerisine düşmüş ve çalışma ortamına kelimenin tam anlamıyla kölelik koşulları hâkim olmuştur. Böyle bir ortamda işverenlerin talepleri doğrultusunda işyeri hekimliği üzerindeki TTB etkinliğine tamamen son verilmiştir. TTB için hem önemli bir maddi gelir kaynağı olan, hem de hekimler ile organik bağlar kurmasına aracılık eden işyeri hekimliği kursları düzenleme tekeli TTB'nin elinden alınarak kurslar özel dershanelere açılmıştır.

Son olarak birkaç cümleyle 2012 yılında kabul edilen yeni 6331 sayılı *İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası* ve buna bağlı çıkartılan yönetmeliklerle işyeri hekimliği alanında yaşanan değişimden bahsedebiliriz. Bu düzenlemelerin esas olarak iki amacı vardır: birincisi işveren üzerindeki TTB asgari ücret tarifesi baskısını kaldırarak işyeri hekimliği hizmetlerini daha da ucuzlatmak ve ikinci olarak olası meslek hastalıkları ve iş kazaları karşısında işveren sorumluluğunu işyeri hekimleri ve iş güvenliği uzmanlarına pay ederek hafifletmek.

Nitekim daha yasal düzenlemelerin yürürlüğe girmesi üzerinden çok kısa bir süre geçmesine karşın işyeri hekimi ücretleri hızla azalmaya başlamış, fakat buna karşılık hekimlerin işyerlerinde geçirmeleri zorunlu olan süreler de çok azaltılarak, işyeri hekimlerinin eski gelirlerine kavuşabilmesi için aynı anda çok daha fazla sayıda işyerine hizmet sunmasının önü açılmıştır.

Sonuç olarak bugün TTB'nin işyeri hekimliği bağlamında tamamen dışlandığını ve bu alanın tamamen serbest piyasa mekanizmalarına terk edildiğini söyleyebiliriz. Türkiye'de işyeri hekimliğinin kaderini diğer ülkelerde olduğu gibi sınıf mücadelesinin düzeyi belirleyecektir.

Ana-çocuk sağlığına toplumcu yaklaşım

Günümüzde bireylerin *erken yaşam* sürecindeki sağlık durumlarının *erişkin yaşamlarındaki* sağlık durumlarını önemli ölçüde belirlediğinin anlaşılması, çocuk sağlığının aynı zamanda geleceğin sağlığı olduğu anlayışının gelişmesinde önemli bir katkıda bulunmuştur[34]. Bu bağlamda erken yaşam dönemindeki sağlık durumunun belirleyicileri olan biyolojik gelişim ile sosyal ve çevresel koşullar daha yakından izlenmeye başlamıştır.

Erişkin yaşamımızda karşılaşabileceğimiz sağlık sorunlarının şifreleri, ana rahmine düşülen andan itibaren kodlanmaya başlamaktadır. Bebeğin doğumdan sonraki büyümesinin esas olarak yeni hücreler gelişiminden değil, var olan hücrelerin büyümesinden kaynaklandığının anlaşılmasından sonra, erken çocukluk dönemine ilgi daha da artmıştır. Gebelikleri sırasında yeterli beslenemeyen annelerin rahmindeki fetüsün beslenme yetersizliğine karşı fizyolojik, metabolik ve yapısal olarak değişim gösterdiği ve bu değişimlerin yaşamın sonraki evrelerinde hastalık riskini artırdığı düşünülmektedir. Fetüsün yetersiz beslenmesinin, bazı organlarda hücre sayısında kalıcı bir azlığa yol açabileceği ve bu durumun çocuğun doğumdan sonra büyümesi üzerine olumsuz etkide bulunabileceği savunulmaktadır.

Erken yaşam döneminde - genetik etmenler bir yana bırakılırsa - fe-

34 Son yıllarda erişkin yaşamda ortaya çıkan kardiyovasküler sorunlar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, şizofreni, strese yatkınlık, diyabet, hiperkolesterolemi, atopi ve meme kanseri gibi sağlık sorunlarını, erken yaşamda büyümenin zayıf olmasıyla ilişkilendiren çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.

tüsün sağlığını belirleyen en önemli etmen *anne sağlığıdır*. En önemli çocuk sağlığı sorunlarından biri olan düşük doğum ağırlığı fetüse yeterli besin ve oksijen ulaşamamasının doğrudan bir sonucudur. Bu durum hemen tümüyle annenin sağlığı, sosyo-ekonomik durumu ve çevresiyle ilgili bir sorundur[35]. Ancak daha geniş bir açıdan bakıldığında, aslında annenin hamile kalmadan önceki durumunun da düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olmasıyla doğrudan ilişkili olduğu görülecektir. Annenin kendi çocukluğundaki ve ergenliğindeki sağlık durumu örneğin annede hipertansiyon ve aşırı kilo riskleri yaratarak, bebeğin fetal gelişimi üzerinde olumsuz etkilerde bulunabilir.

Çocuk sağlığının diğer önemli belirleyicileri *toplumsal* belirleyicilerdir. Doğum öncesi ve bebeklik döneminde büyümeyi olumsuz etkileyen sosyal etmenler arasında yoksulluk, annenin tütün kullanımı, aşırı alkol alması, ilaçları yanlış kullanması ve yetersiz beslenmesi ilk sıralarda yer almaktadır. Bu etmenler çocuklukta ve ergenlikte de büyüme ve gelişimi olumsuz yönde etkilemeye devam etmektedir. Çocukluk döneminde maruz kalınan kötü sosyo-ekonomik koşullar ile gençlik ve erişkinlikte obezite gelişmesi arasında ilişkiler kurulmaktadır. Çocukluk çağında yetersiz beslenmenin bilişsel gelişim ve solunum sisteminin gelişimi üzerinde de olumsuz etkileri olduğu savunulmaktadır.

Olumsuz duygusal çevrenin erken çocukluk dönemi üzerindeki etkilerini araştıran bilim insanları, glukokortikoid - hipokampus - hipotalamus yolağı üzerinden çocuklarda boy uzamasının gerilediğini ortaya koymuşlardır. Çocuklukta maruz kalınan kronik stres, sempato - adrenal sistem ile hipotalamo - hipofizer - adrenal sistemin kronik ve aşırı uyarılması üzerinden belli sağlık sorunlarına yatkınlığı artırabilir.

Bazı bilim insanları, çocukluk döneminde yaşanan yoksunlukların etkilerinin bir yandan birbirlerini tetiklediğini, diğer yandan bu etkilerin birikerek ortaya çıktığını öne sürmektedirler. Örneğin çocuğun ailesinin düşük sosyo-ekonomik konumu çocuğun iyi bir eğitimden mahrum kal-

35 Bunlar arasında ilk akla gelenler annenin yetersiz beslenmesi, gebelik döneminde karşılaşılan maruziyetler (tütün, alkol, hava kirliliği, mesleki maruziyetler, enfeksiyonlar vb), egzersiz yapamamaktır.

masına veya eğitim yaşamında başarısız olmasına yol açmakta, bunların birikimli etkileri çocuğun sağlıksız alışkanlıklar (örneğin tütün, alkol veya uyuşturucu kullanımı) edinmesine neden olabilmekte, böyle bir süreçten geçen çocuk genellikle erişkinlik döneminde yoksulluk halkasının dışına çıkamamakta, bir anlamda yoksunluklar sonraki nesillere aktarılmaktadır.

Son olarak, erken yaşam döneminde maruz kalınan enfeksiyonların da erişkin yaşamda karşılaşılan sağlık sorunları üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Ancak buraya kadar yazılanlar *kaderci* bir yaklaşımla değerlendirilmemelidir. Anneden, çevreden hatta genetikten kaynaklanan olumsuzlukların çocukluk ve erişkinlik döneminde sağlık sorunlarına yol açması bir kader değildir. Bu olumsuzlukların ortaya koyduğu riskler nedeniyle ortaya çıkabilecek sağlık sorunları uygun bir gebelik bakımı ve doğumdan itibaren yeterli bir bakımla *asgariye* indirilebilir. Başta ailenin çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması yoluyla geçmişten gelen dezavantajların geleceğe uzanması önlenebilir. Örneğin sadece hamile kadının beslenmesinin düzeltilmesi dahi, fetüsün annenin geçmişinden kaynaklanan olumsuzluklardan daha az etkilenmesini sağlayabilir. Yine doğum sonrası yeterli bir beslenmenin sağlanması, büyümeyi desteklemenin yanında birçok çocukluk çağı hastalığına karşı koruyucu bir etki yapacaktır[36].

Sovyetler Birliği'nde ana-çocuk sağlığı

Sovyetler Birliği ana-çocuk sağlığı hizmetlerini kadınlara ve çocuklara *anayasal hak* olarak tanıyan ilk ülkedir. Kadınlara da erkeklerle eşit haklar sağlayan Sovyetler Birliği Anayasası'nın 122. maddesi şöyledir:

> *"SSCB'de kadınlar, ekonomik, yönetimsel, kültürel, toplumsal ve siyasal yaşamın bütün alanlarında erkeklerle eşit haklara sahiptir. Bu hakların kullanılması; kadınlara erkeklere eşit çalışma, ücret, dinlenme ve tatil, sosyal sigorta ve eğitim hakları tanınarak*

36 Beslenme ile başta pnömoni olmak üzere erişkin yaşamdaki sağlık durumu üzerine etkisi olan birçok hastalıktan korunma arasındaki ilişki çok iyi belgelenmiştir.

ve annelerin ve çocukların çıkarları, çok çocuklu annelere ve evli olmayan annelere devlet yardımı, ücretli gebelik izni, doğumların yapılacağı gebelik evleri ve çocukların bakılacağı kreşler ve anaokulları sistemi devlet güvencesine alınarak sağlanmaktadır".

Böylece kadınlara çalışmak istedikleri takdirde bütün işler anayasal bir hak olarak açılmış, hiçbir iş veya meslek erkek işi veya mesleği olarak ayrıcalıklı tutulmamıştır (kuşkusuz sağlık ve güvenlik kaygılarıyla kadınların bazı sektörlerde istihdamı kısıtlıdır). Her kadına doğumda 200 ruble ve bebek 5 aylık olduğunda 50 ruble olmak üzere toplam 250 ruble doğum yardımı yapılmaktadır. Bu yardım ayda 50 ruble olmak üzere çocuk 12 yaşına gelene kadar devam eder. Gerektiğinde bu miktar artırılabilir. Kadınlar doğumdan sonra daha iyi barınma koşulları (daha geniş bir ev) isteme hakkına sahiptir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin Sovyet sağlık örgütlenmesi içinde çok önemli bir yeri vardır. Henüz ülkede bir Sağlık Bakanlığı dahi kurulmadan önce Lenin tarafından 19 Aralık 1917 tarihinde Ana Çocuk Sağlığı Departmanı kurulmasına ilişkin bir kararname yayınlanmıştır:

"Kamu Sağlığı Halk Komiserliği'nin çocukların gereksinimlerine hizmet eden başkentteki yetimhanelerden köydeki kreşlere kadar küçük ve büyük bütün kurumları, tek bir devlet örgütünde, Ana ve Çocuk Sağlığı Departmanı'nda, birleştirilmiştir. Böylece gebe kadınlara ve annelere hizmet eden kurumlarla tek bir bütüncül sistem oluşturulmuştur".

Sovyet ana-çocuk sağlığı hizmeti yalnızca çocukları doğumdan erişkinlik dönemine kadar izlemeyi ve korumayı değil aynı zamanda kadınları da izlemeyi ve korumayı amaçlamaktadır. Bütün toplumlarda nüfusun büyük çoğunluğunu kadınların ve çocukların oluşturduğu düşünüldüğünde, ana-çocuk sağlığı hizmetleri neredeyse toplumun *üçte ikisine* sağlık hizmeti götürmeyi hedeflemektedir. Sovyetler Birliği'nde genel dispanserler yanında, ana ve çocuk sağlığı dispanserleri ve kreşler, anaokulları ve diğer öğretim kurumlarında da okul hekimlikleri oluşturulmuştur.

1931 yılında sayıları üç bini bulan ana-çocuk sağlığı dispanserlerinin

çoğunda süt mutfakları bulunmaktadır. Kırsal alanlarda da sovhoz (devlet çiftliği) ve kolhozlarda (kolektif çiftlik) örgütlenen ana-çocuk sağlığı dispanserlerinde hekimler, hemşireler, hukuksal danışmanlar, *Emeğin ve Yaşam Standartlarının İyileştirilmesi Komisyonu* üyeleri görev almaktadırlar. Sovyetler Birliği'nde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin başlıca özellikleri şunlardır:

- İdari bakımdan ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ayrı programlar olarak ele alınır ve erişkin bakımı hizmetlerinden ayrıdır.
- Ana çocuk sağlığı programları her birinden bir hekimin sorumlu olduğu birimlerde yürütülür.
- Programlar önleyici, klinik, eğitimsel, toplumsal, hukuksal ve çevresel etkinlikleri içeren kapsamlı programlar olup anne ve çocuğun sağlığını ve iyiliğini sağlamaya yöneliktir. Polikliniklerde anneler çocuk bakımı konusunda eğitilirler. 1960'larda farklı yaş gruplarındaki çocuklar için 5 ayrı eğitim programı vardır.
- Anne ve çocuk sağlığı programları bütün bireyleri kapsayacak şekilde tasarlanmıştır.
- Bütün ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ücretsizdir.
- Temel ana çocuk sağlığı hizmetleri merkezi olarak planlanmıştır ancak bu temel programlar yerel koşullara uyarlanabilir.

Bir ana-çocuk sağlığı dispanserinde bulunan bölümler şunlardır:

- Bebek kliniği
- Bir-üç yaş çocuk kliniği
- Hamile kadın kliniği
- Tüberküloz uzmanı ofisi
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar uzmanı ofisi
- Beslenme istasyonu
- Süt istasyonu
- Hukuksal danışmanlık
- Danışma bürosu.

27 Haziran 1936'da boşanma mevzuatında yapılan bir değişiklikle kürtaj yasaklanmıştır. Ancak 1955 yılında kadınların kendi yaşamları üzerinde kendilerinin söz sahibi olmaları gerektiği düşüncesiyle bu yasak

kaldırılmıştır. Gebelere ve annelere sağlanan yardımlar artırılmış, çocuklarına tek başına bakan anneler için ek ödemeler getirilmiş, gebe evleri, kreşler, anaokulları ve kadınların hizmet aldığı diğer kurumlar sistemi genişletilmiştir.

8 Temmuz 1944'te gebelere ve annelere (evli olmayanlar dahil) sunulan hizmetlerin kapsamı artırılmıştır. 25 Kasım 1947 Kararnamesi, çok çocuklu ve evli olmayan annelere verilen ödemeleri yükseltmiştir. Bütün bu çabalar meyvelerini, arada bir iç savaş, uzun kıtlık yılları ve 20 milyon Sovyet yurttaşının yaşamına mal olan İkinci Paylaşım Savaşı bulunmasına ve özellikle bu savaş sırasında ülkenin Avrupa bölümü neredeyse Nazi işgali altında olmasına rağmen, 40 yıl kadar kısa bir sürede vermiştir. 1913 yılında binde 275 olan bebek ölüm hızı, 1960'lara doğru binde 40'a geriletilmiştir.

Merkezi örgütlenme

Cumhuriyetlerin Sağlık Bakanlıklarında ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, erişkin sağlığı hizmetleri ve epidemiyoloji ve hijyen hizmetleriyle aynı düzeydedir. Departmanda kadın doğum uzmanı ve pediatrik hekimler görevlidir. Aynı yapı oblast ve rayon düzeylerinde de bulunmaktadır.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri sağlık kurumları dışında Kızılhaç ve Kızılay, Sendikalar, Sovyet Kadın Komitesi, Pioneer Örgütleri ve Genç Komünistler Ligi gibi çeşitli mesleki veya gönüllü kuruluşlar tarafından da desteklenmektedir.

Kentsel Alanlarda Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Kadın Danışma Merkezleri:

3 - 4 bin kadının bulunduğu belli bir bölgeye hizmet sunan yaygın örgütlenmiş kurumlardır. Kadınlar bu merkezlere jinekolojik sorunları için ve gebelik dönemlerinde başvururlar. Merkezlerdeki "Anne Okulları" (anaokulu değil) gebelik hijyeni ve bebek bakımı dersleri verir. Gebeliğin son ayında bebeğin bakımından sorumlu olacak pediatrik hekim ve hemşire, anneyi evinde ziyaret ederek ev koşullarını değerlendirir.

Gebe kadın doğuma kadar, başkaca bir sağlık sorunu olmadığı takdirde, 8 - 12 kez evinde ebe veya kadın danışma merkezinde hekim tarafın-

dan izlenir. Bu merkezlerde görevli avukatlardan babanın çocuğa ilişkin yükümlülükleri ve anne ve çocuğun haklarına ilişkin hukuksal danışmanlık alınabilir. Kadın Danışma Merkezleri, gebe evleri veya hastaneleri içinde yer alırlar ve kadın hastalıkları polikliniği ile bağlantılıdırlar. Bu merkezlerde mesai sabah 08.00 ile akşam 20.00 arasındadır. Hekimlerin günlük mesaisi 6 saat olduğundan, iki vardiya halinde çalışırlar.

1960'ların başında rutin gebe izleme hizmetleri şöyledir:

- Gebeliğin tespit edildiği 2. veya 3. ayda hekim tarafından genel ve jinekolojik muayene. İdrarda albumin ve glukoz testi, kanda serolojik testler, akciğer grafisi, diş muayenesi.
- Gebeliğin son ayına kadar ebe tarafından düzenli ev ziyaretleri
- Gebeliğin son ayında bölge pediatrik hekimi ve hemşiresi tarafından evde ziyaret
- Gebeliğin gidişinde bir anormallik tespit edildiği takdirde kadın-doğum hekimi tarafından muayene
- Gerekli durumlarda kadının gebeliğini bir sanatoryum veya dinlenme evinde sürdürmesinin sağlanması
- Doğumun sancısız geçirilmesi için gebeliğin 7. ayından itibaren kadın- doğum uzmanları tarafından psikoproflaktik eğitim verilmesi[37].

Kiev Shevchenko Rayonu Kadın Danışma Kliniği:

Rayon bölgesinde yaşayan 35 bin kadına hizmet sunmaktadır. Rayon 15 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Bir başhekim, bir genel tıp hekimi, her bölge için bir kadın-doğum uzmanı (toplam 15), 32 ebe ve 9 genel hizmetler görevlisi bulunmaktadır. Kızılhaç görevlileri de aktif destek vermektedir.

Gebe Evleri ve Hastaneleri

Komplikasyonsuz doğumların yaptırıldığı hastanelerdir. Sovyetler Birliği kurulduğu günden itibaren kadınların güvenli ellerde doğum yapabilmesi için tedbirler almaya başlamıştır. Bütün yataklı tedavi kurumlarındaki yatakların %12,7'si gebeler için ayrılmıştır. Bu rakam 1959 yılı için her bin nüfus için bir gebe yatağına karşılık gelmektedir. Gebe evlerinde

37 Psikoproflaksi, doğum sırasında ağrının hafifletilmesi tekniğidir.

kalma süresi 9 gündür, ancak gerektiğinde uzatılabilmektedir. Bütün doğumların gebe evlerinde yapılması için azami gayret gösterilmiştir. Bu çabalar sonunda 1913 yılında bin doğumda 10 olan anne ölüm hızı, 1959 yılında bin doğumda 0,49'a geriletilmiştir.

Gebe evleri şu bölümlerden oluşur:

- Normal doğum: Resepsiyon, doğuma hazırlık koğuşu, doğum koğuşu, loğusa koğuşu, yenidoğan koğuşu, doğum odası. Koğuşlarda 6-10 yatak bulunur.
- Komplikasyonlu doğum koğuşu
- Jinekoloji polikliniği

Kiev Podolsky Rayonu 2 No'lu Gebe Evi

Uzmanlık eğitimi veren Kiev İleri Tıp Enstitüsü'nün Jinekoloji ve Obstetrik Bölümü için klinik olarak da hizmet etmektedir. 110 yataklı olup, yılda ortalama 3 bin normal doğum gerçekleşmektedir. Yılda ortalama 600 kadar komplikasyonlu doğum yaptırılmaktadır.

Moskova İli Sağlık Departmanı 25 No'lu Gebe Hastanesi

25 No'lu Gebe Hastanesi Moskova'nın 15 yaş üzeri 60.000 kadının yaşadığı bir bölgesine hizmet sunar. Bölge 7 yerleşim birimine bölünmüştür ve her bölümden bir hekim sorumludur. Hastanede bir Kadın Danışma Merkezi, radyoloji bölümü dahil kapsamlı bir klinik vardır ve ayrıca psikoproflaktik dersler verilir. Pavlov'un ilkelerinin uygulandığı teknikle koşullu refleksten yararlanılır. Tekniğin başarı oranı %86'dır. Geri kalan %14 vakada ağrı medikasyonla giderilmektedir. 1959 yılında hastanede 3459 kadın, 3510 bebek dünyaya getirmiştir. Doğumları 68'i sezaryen doğum (%2) şeklinde gerçekleşmiş, 8 yenidoğan ölümü (binde 2,8), 3 ölü doğum (binde 0,8), 12 prematür doğum (binde 3,4) olmuştur. Ana ölümü yoktur. Ayrıca 132 jinekolojik ameliyat gerçekleşmiştir.

Gebe kadın, Kadın Danışma Merkezi'ne doğum öncesi bakım için kaydolduğunda annenin kaydı Form 111 ile tutulur. Gebeliğin 32. haftasında kadın işyerinden ücretli izne ayrılır. Gebe kadın doğum zamanı geldiğinde evinden ambulansla alınarak hastaneye nakledilir.

Hastanede normal gebelikler için 120, komplikasyonlu gebelikler için 30 ve jinekolojik sorunlar için 50 yatak ve normal bebekler için 120 beşik bulunmaktadır.

Kadın-doğum uzmanları günde 6 saat mesai yaparlar ve ortalama 10 - 20 hasta kabul ederler. Ayda iki gün doğum odasında görevlendirilirler ve bu nöbet ertesinde izin kullanırlar. Servikal smear ve kolposkopik muayene rutin kanser önleme programı çerçevesinde yürütülür.

Çocuk Danışma Merkezleri:

Her merkez belirli bir bölgeye hizmet sunar. Bu bölge, her birine bir pediatrik hekimin verildiği, 800-1000 çocuk barındıran alt-bölgelere (uçastok) ayrılmıştır. Her iki hekim için üç hemşire bulunur. Bu merkezler 3 yaş altı çocukların bakımı için kurulmuştur ve 3 yaşından büyük çocuklar polikliniklerden hizmet almaktadır. Ancak daha sonra büyük çocuklar da kabul edilmeye başlanmıştır. Bebekler doğumdan itibaren pediatrik hekimlerin gözetimindedir ve annenin doğum sonrası izninin bittiği 2. ayın sonundan itibaren yine pediatrik hekimlerin görev yaptıkları kreşlere kabul edilirler. Çocuklar 15 (dahil) yaşına kadar pediatrik hekimler tarafından kabul edilirler.

Gebe hastanelerinde doğum sonrası taburcu edilen bebekler, hastane tarafından Çocuk Danışma Merkezleri'ne bildirilir. Üç gün içinde bir pediatrik hekim ve bir hemşire bebeği evde ziyaret eder ve bu ziyaretler yenidoğan dönemi boyunca, anne bebeğini Çocuk Danışma Merkezi'ne getirebilecek duruma gelene kadar devam eder. Bu merkezde bebek, adolesan döneme kadar izlenir. Bebekler 1 aylık olana kadar dört kez izlenir. Bir ay ile 12 ay arasında bebekler ayda bir kez izlenirler. Çocuklar 1 yaşından itibaren yılda 4 - 5 kez fiziksel muayeneden geçirilirler.

Çocuk Danışma Merkezleri çocuk hastaneleri içinde yer alır ve aynı zamanda bölgedeki kreşler, anaokulları ve okullardan da sorumludurlar. Çocuk Danışma Merkezleri'nde görevli pediatrik hekimler ve hemşireler, kreş, anaokulu, okullar ve çocukların gittiği diğer kurumlarda da günün belli saatlerinde sağlık hizmeti sunarlar.

Çocuk Danışma Merkezleri'nde emziremeyen annelerin bebekleri

için süt mutfakları bulunur. Bebeklere 1 yaşına kadar süt ve ek gıdalar ücretsiz olarak sağlanır. Bu merkezlerde anne sütü de toplanmakta ve dağıtılmaktadır.

Çocuk danışma merkezlerinde görevli diş hekimleri tarafından çocuklara ağız sağlığı hizmetleri sunulur. Bu hizmetler arasında florlama gibi koruyucu hizmetler de yer alır.

Çocuklar 7 yaşında ilkokula başlamadan önce pediatrik hekimler tarafından tıbbi muayeneden geçirilirler ve gerekli aşılamaları yapılır. Daha sonra okul hekimiyle işbirliği içinde yılda iki kez diş muayenesini de içeren genel muayeneler yapılır. Okullarda ayrıca çocuklar tüberküloz yönünden düzenli tarama programlarından geçirilirler.

Çocuk Hastaneleri ve Poliklinikleri:

Bu kurumlar genellikle Çocuk Danışma Merkezleri'ni de içlerinde barındırırlar. Kural olarak çocuklar kendi bölgelerindeki hastaneye giderler ve gerektiğinde daha özelleşmiş hastanelere gönderilirler. Pediatrik hekimler polikliniklerde hasta kabul etmek yanında ev ziyaretleri yaparlar ve sağlık eğitimi verirler. 1957 yılı itibariyle toplam 45 bin pediatrik hekim olup, ortalama her bin çocuğa bir pediatrik hekim düşmektedir. En küçük hastanelerde dahi çocuk koğuşları bulunmaktadır.

Polikliniklerde çocuk hekimleri dışında şu klinikler ayaktan bakım hizmeti sunar: nöroloji, göz, ortopedi, dermatoloji, KBB, diş, cerrahi. Ayrıca konuşma tedavisi (speech therapy), beden eğitimi ve fizyoterapi bölümleri bulunmaktadır. Çocuk sanatoryumları ve diğer özel durumlar için bakım kurumları ayrı örgütlenmişlerdir.

Moskova İli Sağlık Departmanı 32 No'lu Çocuk Polikliniği:

Sovyetler Birliği'nde Çocuk Poliklinikleri 15 yaşına kadar çocuklara hizmet sunarlar. 32 No'lu Poliklinik Moskova'nın belli bir bölgesindeki 15.000 çocuğa hizmet sunmaktadır. Aynı zamanda bölgede yer alan 4 kreş, 12 anaokulu, 2 yatılı okul ve 9 okuldan sorumlu olup, bu okullara hekim ve hemşire desteği verir. Bölge, 20 yerleşim birimine (uçastok) bölünmüştür ve her birimden bir hekim ve hemşire sorumludur. Bir he-

kim 750-800 çocuktan sorumludur.

Poliklinikte 65 hekim, 117 hemşire, birkaç diş hekimi ve yardımcı sağlık emekçileri vardır. Önleyici sağlık hizmetleri, fizik muayene, konsültasyon ve tedavi hizmetleri sunulur. Günlük ortalama sağlam çocuk poliklinik sayısı 500'dür. Hasta çocuklar poliklinikte değil, uçastoktan sorumlu hekim tarafından çocuğun evinde ziyaret edilir ve tedavileri yapılır. Hastane tedavisinin gerekli olduğu durumlarda hasta çocuk hastaneye sevk edilir. Hastane taburcu ettiği çocukları polikliniğe bildirir.

Bir gebe kadın doğum öncesi bakım için Gebe Danışma Merkezi'ne kaydolduğunda, Merkez Çocuk Polikliniği'ne bildirimde bulunur. Çocuk Polikliniği'nden bir halk sağlığı hemşiresi gebeyi evinde ziyaret ederek beslenme ve bebek bakımı eğitimine başlar. Bebek doğduğunda, doğumun yapıldığı merkez bebeği taburcu ederken Çocuk Polikliniği'ne bildirir. Bebek, en geç üç gün içinde evinde pediatrik hekim ve hemşire tarafından ziyaret edilir. İki hafta sonra anne bebeğini polikliniğe getirmeye başlar. Bu ziyaretler 1 yaşına kadar ayda bir sürdürülür. Anneleri tarafından getiril(e)meyen bebekler evlerinde izlenir. İkinci yıl anne bebeği yılda 4 kez polikliniğe götürür. Üçüncü yıl da yılda iki kez ve sonra 16 yaşına kadar yılda bir kez hekim muayenesi yapılır. Her bebek ayrı ayrı kaydedilir ve vizitelerde bu kayıtlar hazır bulundurulur. Çocuk başka bir bölgeye taşındığında, kayıtlar bölgesine gönderilir. 16 yaşına gelen çocukların kaydı erişkin kliniğine nakledilir.

Smolny Rayonu Çocuk Hastanesi:

Smolny Rayonu'nda 15 yaş altı çocuk nüfusu 14.000'dir. Bu çocukların gereksinimlerini karşılamak üzere 150 yatağı bulunan bu hastaneye prematür (erken doğmuş) bebekler sevk edilir. Rayon 16 bölgeye ayrılmıştır. Her bölgenin hekim ve hemşireleri vardır.

Evde Tıbbi Bakım

Hamile kadın veya çocuk hasta olduğunda eve hekim çağrılabilir. Hastanın tedavisine evde mi, hastanede mi devam edileceğine hekim karar verir. Çocuğun tedavisinin evde devam etmesine karar verilmesi durumunda evde hemşire hizmeti sağlanır.

Ambulans Hizmeti

Hamile kadın doğum için ambulans çağırdığında, bir ambulans içinde bir ebe ile evine giderek kadını doğum yapacağı hastaneye nakleder. Benzer bir hizmet hastaneye gidemeyecek durumda olan çocuklar için de sağlanır.

Gebe Sanatoryumları

Genellikle sendikalar tarafından kurulmuş ve doğum öncesi izin (56 gün) alan gebe emekçilerin hamileliklerini geçirdikleri kurumlardır.

Kırsal Alanlarda Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Kırsal alanda koruyucu ve iyileştirici hizmetler tamamen birleştirilmiştir. Kırsal bölge hastanesinin başhekimi aynı zamanda halk sağlığı programlarının olduğu gibi, ana ve çocuk sağlığı programlarının da sorumlusudur. Başhekime ana ve çocuk sağlığı hizmetleri konusunda bir kadın-doğum uzmanı ve bir pediatrik hekim yardımcı olur.

Kırsal alanlarda ana rayon hastaneleri yanında, coğrafi nedenlerle (ulaşım, nüfusun dağınıklığı vb.) daha küçük ikincil hastaneler de olabilir. Bu hastanelerde de Kadın Danışma Merkezleri ve Çocuk Danışma Merkezleri bulunur. Doğum ve çocuk yatakları da bulunan genel hastanelerde ayrıca süt mutfağı, sanepid istasyonu ve ambulans hizmeti de bulunur.

Hastane çevresinde birçok noktada Gebe Evleri olup bu evlerde 2 - 4 yatak, anneler için ayaktan bakım kliniği ve çocuklar için ayaktan bakım kliniği vardır. Gebe Evleri'nde bir feldsher ve bir ebe görevlidir. Aşılama - bağışıklama hizmetleri ebe tarafından yürütülür.

Kırsal alanlarda sürekli ve geçici (mevsimlik) kreşler ve anaokulları vardır. Bunlar köylerde olabildikleri gibi, kolektif çiftliklerde de örgütlenmiş olabilirler. Kırsal kesimde tarım sektöründe çalışmak isteyen her anne için, bebeğini veya çocuğunu çalışırken güvenle emanet edebileceği bir bakım sistemi Sovyetler Birliği'nin en ücra köşelerine kadar uzanmaktadır.

Özetlemek gerekirse kırsal kesimde örgütlenme dört düzeyde gerçekleşir:

Rayon hastaneleri: Genel hastaneler olup bir kadın-doğum klinikleri vardır.

Bölge hastaneleri: Rayonlarda ihtiyaca göre kurulan, rayon hastanelerine bağlı daha küçük hastanelerdir. Bu hastanelerde gebe kadınlar için doğum yatakları ve jinekolojik hastalar için yataklar bulunur.

Kolektif çiftlik gebe evleri: Büyüklükleri kolektif çiftliğin büyüklüğüne göre değişir. En küçük gebe evi bir resepsiyon, bir muayene odası, bir doğum öncesi ve iki doğum sonrası yatağı olan bir doğum koğuşu içerir. Bu evlerde ebeler ve diğer yardımcı sağlık emekçileri görevlidir. Gebe evinin faaliyeti en yakın hastanedeki kadın-doğum uzmanının yakın gözetimi altındadır. Gebelerin gerekli tetkikleri de bu hastanelerde yapılır. Bu evlerde anormal gebelikler kabul edilmez ve hastaneye sevk edilir. Evlerde aynı zamanda Anne Okulları da bulunur. Gebe evleri bebeklerin de 1 yaşına kadar izleminden sorumludur.

Feldsher/Ebe istasyonları: Genellikle kolektif çiftliklerde örgütlü en küçük kırsal ana-çocuk sağlığı birimidir.

Sağlık Eğitimi

Anne Danışma Merkezleri'nde çalışma saatleri annelerin çalışma saatlerine uyarlanmış Anne Okulları bulunur. Bu kurslara katılamayanlar için evlerinden katılabilecekleri mektupla öğrenim kursları vardır. Kırsal alanlarda eğitim görevini ebeler üstlenir ve kadınların eşlerine de eğitim verilir. Gebe Hastanesi'nde loğusalık döneminde kadınlara hijyen, bebek bakımı ve beslenme eğitimi verilir. Eğitimlerde kitapçıklar ve görsel eğitim araçları kullanılır.

Bebek hastaneden taburcu olduktan sonra üç gün içinde pediatrik hekim ve hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri sağlık eğitimi bakımından çok önemlidir. Daha sonra anne eğitimi Çocuk Danışma Merkezleri'nde sürdürülür. Bu eğitimlerde çocukların değişik yaşlarda giysi kullanımı, oyuncaklar ve beslenmelerine ilişkin demonstrasyonlar yapılır. Anneye çocuğu için beden eğitimi bilgileri verilir.

Kadınların ve Çocukların Sağlığını Korumak İçin Toplumsal Tedbirler

Gebeler ve emziren kadınlar özel koruma altındadır. Kadınlara gebeliğin 4. ayından itibaren fazla mesai verilemez. Emziren kadınlara her 3 - 4 saatte bir ücretli süt izni verilir ve geceleri çalıştırılmazlar. Hamile

kadınlar istekleri dışında işlerinden çıkartılamazlar, ancak gerektiğinde daha hafif bir işe nakledilebilirler. Evli olmayan hamile kadınlara maddi yardım yapılır. Bütün gebeler doğum öncesinde ve sonrasında 56'şar gün (toplam 112 gün) ücretli izinlidir. Bu izin ikiz gebelik veya komplikasyon durumlarında doğum sonunda 70 güne uzatılabilir. Çocuklarına kendileri bakmak isteyen annelere ilaveten üç ay daha izin verilir.

Bebek bakımı hizmetleri, annenin doğum sonrası izni bittikten sonra kreşlerde sürdürülmektedir. Çalışan annelerin bebeklerini ikinci ayın sonundan itibaren bırakabilecekleri kreşler Lenin tarafından, "kadını özgürleştiren ve komünist toplumun tohumu olan kurumlar" olarak tanımlanmışlardır. Kreşler fabrikalarda ve yerleşim yerlerinde örgütlenmişlerdir. Çocukları hastalanan annelere istekleri halinde, çocuğu muayene eden hekim tarafından çocuğuna hastalığı süresince bakabilmesi için ücretli izin verilir. Annenin işten uzun süre uzak kalması gereken durumlarda bu ücret sendika tarafından karşılanır.

Ayrıca annelerin özgürce seyahat edebilmelerini sağlamak için demiryolu istasyonu kreşleri, geceleri sosyal yaşama katılabilmeleri için gece kreşleri açılmıştır. Kolhoz ve sovhozlarda yaz aylarında açılan kreşler bulunmaktadır. Fabrikalarda 1928 yılındaki 33 bin kreş yatağı sayısı, 1931 yılında 130 bine yükselmiştir. Kolhozlarda 1928 yılındaki 135 bin kreş yatağı sayısı, 1931 yılında 1,5 milyona yükselmiştir. Kreşlerden sonra çocuklar, ilkokula başlayana kadar sağlık bakımlarının sürdürüldüğü anaokullarına devam etmektedirler.

Küba'da ana-çocuk sağlığı

Küba'da diğer birçok geri bıraktırılmış ülkede olduğu gibi ana ve çocuk sağlığı hizmetleri devrim öncesinde yok denecek düzeydedir. Ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızının oldukça yüksek olduğu ülkeler arasında yer alan Küba, devrim sonrasında bu durumu düzeltmek için büyük bir çaba içine girmiştir.

Küba'da ana-çocuk sağlığı alanındaki ilk girişimler 1965 yılında anne sütünün teşvik edilmesi, ishalli hastalıklardan ve solunum yolları enfeksiyonlarından ve menenjitten korunma çalışmalarıyla başlamıştır. Bu çalışmaları yürütmek üzere örgütlenen birimler aynı zamanda bebek ve çocuk izlemlerini de düzenlemişlerdir.

1970 yılında ana ve bebek ölümlerini azaltmaya yönelik ikinci bir program başlatılmış ve 1977 yılında Kamu Sağlığı Bakanlığı içinde ana ve çocuk sağlığı çalışmalarını yürütmek üzere ayrı bir birim oluşturulmuştur. Ulusal, eyalet ve belediye düzeylerinde ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesiyle birlikte 1980 yılından itibaren Küba'nın Ana-Çocuk Sağlığı Programı başlamıştır. Program kapsamına 1989 yılında düşük doğum ağırlıklı bebek insidansının düşürülmesi çalışmaları eklenmiştir. 1992 yılında yapılan Dünya Çocuk Konferansı'nda alınan kararlar benimsenmiştir.

Küba'da Ana - Çocuk Sağlığı Programı'nın kapsamı şöyle tanımlanmıştır: erken gebelik hizmetleri, gebelik riskleri, bebek ölümleri, anne ölümleri ve gebeliğe bağlı sağlık sorunları, düşük doğum ağırlığı, sezaryen, gebelerde hipertansiyon, düşük, doğumsal anomaliler, üreme riskleri,

akut solunum yolları enfeksiyonları, hipoksi ve hiyalin membran hastalığı, meme kanseri, uterus kanseri, emzirme.

Bu hizmetler esas olarak aile hekiminin yönetim ve izleminde olup, kadın hastalıkları ve doğum, pediatri, genetik, beslenme, diş hekimliği, psikoloji uzmanlarıyla birlikte çok-disiplinli bir yaklaşımla yürütülmektedir. Bir kadın hamile kaldığının anlaşılmasıyla birlikte aile hekimi tarafından bu programa alınır.

Program Kamu Sağlığı Bakanlığı tarafından yürütülür. Hamile kadınların, hamilelikleri boyunca programda belirtilen muayene ve kontrollere katılması gereklidir. Bu programda kadınlara şu gebelik, doğum ve bebek bakımı konularında eğitimler verilir.

Programın Amaçları

- Annelere, yeni doğanlara, anne sütü emen veya biberonla beslenen bebeklere, okul öncesi çocuklara, okul çocuklarına ve gençlere, yüksek risk altında olanlara özel dikkat gösterilerek bütüncül (fiziksel, ruhsal ve sosyal) tıbbi bakım
- Anne, prenatal, okul öncesi, okul çocuğu ve genç morbidite ve mortalitesini azaltmak
- Düşük doğum ağırlıklı bebek (2.5 kg altı) insidansını azaltmak
- Anne sütünü teşvik
- Bağışıklama (13 hastalığa karşı)
- Bebek, okul öncesi, okul çocuğu ve genç morbiditesi ve mortalitesini önlemek üzere prenatal enfeksiyonlar, sepsis, doğumsal anomaliler, akut solunum yolları hastalıkları, ishal, malnutrisyon, merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarını önlemek için somut eylemleri teşvik
- Bütün ailenin ve toplumun yaşam tarzlarını iyileştirmek için sağlık eğitimi almasını teşvik
- Pediatrik hastalara rehabilitasyon sağlanması, gebe kadının sınırlılıklarının araştırılması
- Engelli çocuklara özel bakım sağlanması
- Bütün sağlık merkezlerinde yüksek nitelikli hizmet
- Anne ve çocukların beslenme durumlarının iyileştirilmesi
- Doğumsal malformasyonlar ve metabolik anomalilerin erken tanısı

için daha ileri teknolojik programların geliştirilmesi
- Kesin istatistiksel bilgiler sağlanması
- Anne ve bebek sağlık bakımı ve genetik hastalıklar üzerine daha fazla araştırma yapılmasını teşvik
- Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları ve Aile Hekimleri (Kapsamlı Tıp Uzmanları) arasındaki tıbbi eşgüdümün artırılması
- Ana-çocuk sağlığı programından sorumlu öğretim görevlilerinin niteliklerinin yükseltilmesi

Küba'da 1980 yılında başlatılan Ana-Çocuk Sağlığı Programı ile eşzamanlı olarak bu program çerçevesinde yeni pediatrik ve jineko-obstetrik bakım rehberleri yayınlanmıştır. Programın sosyal bileşenleri şunlardır:
- Beslenme evleri
- Tıbbi sorunları olan hamileler için evler
- Astım, obezite ve diyabet sorunu olan çocuklar için kamplar

Programın tıbbi bileşeni içinde yürütülen erken tanı çalışmaları kapsamında Down Sendromu, Fenilketonüri, Drepranositik Anemi gibi doğumsal anomaliler ve Doğumsal Hipotiroidi ile doğumsal metabolizma bozukluklarına yönelik tetkikler yapılmaktadır.

Doğumların hepsinin hastane ortamında yapılmasını garanti altına almak için bütün ülkede yeterli sayıda doğumevi kurulmuştur. Ancak ülkenin çok ücra yerlerinde (kırsal alanlar) yaşayan ve doğumevlerine ulaşamayan kadınlar için, yaşadıkları yerlerde sadece doğum hizmeti sunan *Anne Evleri* açılmıştır. Kadınların bu evlerde kaldıkları süre içinde uygun beslenmeleri ve eğitimleri sağlanmaktadır.

İleri tıbbi bakım kapsamında pediatrik kardiyoloji gibi uzmanlıklar teşvik edilmekte, çocuk hastanelerinde yoğun bakım birimleri ve fiziksel rehabilitasyon birimleri kurulmaktadır.

Küba Kadınlar Federasyonu'nun (KKF) Rolü

Bir sivil toplum örgütü olan KKF'nin 3.896.000 üyesi olup, 14 yaş üzeri kadınların %84.46'sını temsil etmektedir. KKF, Ulusal Sağlık Konseyi içindeki temsilcisi aracılığı ile başından itibaren programın örgütlenmesine katılmıştır. Program çerçevesindeki eğitim etkinliklerinin bir kısmı-

nı federasyon üstlenmiştir: su ve sütün kaynatılması, ev hijyeni, çocuk bakımı, enfeksiyon hastalıklarından korunma.

Federasyonun sağlık aktivistleri toplum düzeyindeki etkinliklerde rol almışlardır: eğitim etkinlikleri, enjeksiyon yapma, tansiyon ölçümü. Kurumsal düzeyde hamile kadınlara evlerinde, gebe evlerinde ve hastanelerde sağlık eğitimi sunmakta, aşılama kampanyalarında görev almaktadırlar. Bu kapsamdaki en önemli etkinliklerden biri anne sütünün teşvik edilmesidir. Anneler bebeklerini iki yaşına kadar emzirmeye teşvik edilmektedir. Bu amaçla *Anne Sütünü Destekleme Grupları* oluşturulmuştur. Bebeklerini emzirmiş veya halen emzirmekte olan kadınlardan oluşan bu gruplar hamile kadınları ve yeni doğum yapanları ziyaret ederek deneyimlerini paylaşmakta ve kadınları emzirme konusunda yüreklendirmektedir.

Federasyonun yayın etkinlikleri de vardır. Erişkin kadınlara yönelik *Women* ve genç kadınlara yönelik *Girls* dergilerinde sağlık konularına da yer verilmektedir: kadınların kendi sağlık bakımlarında sorumlulukları, cinsel yaşam, üreme sağlığı, aile planlaması, stereotipler ve tabular, kazalar, hijyen önlemleri.

KKF'nin önerisiyle ülkede Kamu Sağlığı Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı ile koordinasyon içinde bir *Ulusal Cinsel Eğitim Merkezi* kurulmuştur. Ailelere, öğretmenlere, sağlık emekçilerine ve genelde kadınlara hizmet sunmak için kurulan merkez, bu alandaki politikaların ve eğitim programlarının oluşturulmasında, sağlık emekçilerinin oryantasyonunda, cinsel tedaviler üzerine araştırmaların artırılmasında sorumluluk üstlenmiştir.

Federasyon anne ve çocuk sağlığını tehdit eden diğer bir neden olan ev kazaları üzerine özgün çalışmalar yürütmektedir. Ev kazalarının önlenmesi için eğitimler verilmektedir.

Kadın ve Aile Oryantasyon Evleri

Her belediyede bir tane olmak üzere ülke çapında örgütlü olan bu kurumlar (toplam 176 adet) hamile kadınların ve ailelerinin eğitimlerine katkı sunmaktadır. Bu projeye Kamu Sağlığı Bakanlığı, KKF ve Ulusal Cinsel Eğitim Merkezi de katılmaktadır. Kadınlar ve aile bireyleri ile gebelik süreci, doğum ve bebek bakımına ilişkin konular tartışılmaktadır.

Sorumlu Annelik ve Babalık Programı

KKF'nin önerisiyle 1992 yılında Kamu Sağlığı Bakanlığı tarafından başlatılan bu program, müstakbel anne ve babaları ebeveynlik sürecine hazırlamayı amaçlamaktadır. Anne ve baba adaylarını çocuklarının sağlık bakımındaki sorumlulukları, hastalıkların önlenmesi ve çocuklarının eğitimi konularında hazırlamaktadır. Bu programın bebeğin ruhsal, motor ve entelektüel gelişimine büyük katkısı olduğu düşünülmektedir.

Program üç düzeyde yürütülmektedir:

- *Aile Hekimi*: Hekimin kadının hamile olduğunu tespit etmesiyle birlikte başlayan program çerçevesinde anne ve baba adayı için bir gebelik izlem takvimi çıkartılmaktadır.
- *Kadın ve Aile Oryantasyon Evleri:* Anne adayının yaşadığı bölgenin özelliklerine göre Ulusal Spor ve Rekreasyon Enstitüsü ile işbirliği içinde gebelik egzersizlerinin yapılabileceği alanlar belirlenmekte ve müstakbel ebeveynlerin bu programlara katılımı sağlanmaktadır.
- *Doğumevi ve Anne Evleri:* Hekimler, hemşireler ve sağlık görevlileri kadını ve aileyi doğuma hazırlamaktadırlar.

Giron Kahramanları Polikliniği

Havana'daki Giron Kahramanları[38] Polikliniği'nin ana-çocuk sağlığı çalışmaları esas olarak önleyici hizmetlere dayalıdır: kadınların kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini sağlamak için yürütülen sosyal çalışmalar, gebelik öncesi ve gebelik sırasında kadın sağlığını etkileyebilecek ana risk etmenlerine yönelik çalışmalar.

Polikliniğin öncelikli amaçlarının başında, aile hekimleriyle yakın işbirliği içinde kadınların hamileliklerinin ilk 14 haftası içinde tespit edilmesi gelmektedir. Gebelik tespit edildiğinde, bir jinekolog veya aile hekimi tarafından kadının gebeliğinin 40. haftasına kadar düzenli olarak polikliniğe gelmesini sağlamak için ortalama 8 ziyaret planlanır. Bu ziyaretler poliklinikte değil, aile hekimi ofisinde yapılır; bu uygulamanın amacı poliklinik hekimlerinin kadının evini ve yaşam koşullarını görmesini sağla-

38 1961 yılında ABD destekli Domuzlar Körfezi çıkartmasına karşı ülkelerini savunan Playa Giron kahramanları.

maktır. Ayrıca aile hekimi kadını ayda bir kez evinde ziyaret eder. Polikliniк hekimi ve aile hekimi birbirlerini ziyaretleri üzerine bilgilendirirler.

İlk ziyarette hamile kadın bir diş hekimine yönlendirilir, tetanos aşıları planlanır ve laboratuar tetkikleri yapılır (kan sayımı, kan grubu, kan glukozu, serolojik tetkikler, anne ve babada HIV testleri, vajinal kültür, dışkı ve idrar tetkikleri, alfa-feto protein).

İkinci ziyaret ilk ziyaretten 14 gün sonra yapılır. Tetkiklerin sonuçları değerlendirilir ve jinekolojik muayene yapılır. Anemiyi önleyici tedbirler alınır, doğum tarihi beklentisine göre doğum öncesi izin hesaplanır, beslenme ve hijyen tavsiyeleri ile giyim, fiziksel postür, yürüyüş ve cinsel ilişki konularında tavsiyeler verilir. Doğum ve anne sütü ile ilgili eğitimler yapılır.

Beşinci ziyarette bütün ekip (aile hekimi, jinekolog, genetik uzmanı, beslenme uzmanı, dahiliye uzmanı ve psikolog) gebe kadının durumu üzerine genel bir değerlendirme toplantısı yapar. Bazı tetkikler yinelenir, doğum tarihi daha kesin olarak tahmin edilir, kadının bir başka uzman tarafından görülmesi gerekiyorsa sevki yapılır.

Altıncı ve yedinci ziyaretler 34 ve 37. haftalar arasında gerçekleştirilir. Bir sorun yoksa artık kadın doğum için hazırdır. Kadın doğum hastanesine kabul edilir.

Genetik Danışmanlık

Hamileliğin erken dönemlerinde yapılan genetik danışmanlıkta yalnızca kadın genetik riskler bakımından değerlendirilmez, aynı zamanda kadına hamileliği boyunca dikkat etmesi gereken konular (ilaç kullanımı, röntgen çektirme vb) anlatılır. Doğumsal malformasyonlar tespit edilirse hasta ve ailesiyle gebeliğin sonlandırılması konusu tartışılır.

Jinekolojik Danışmanlık

Serviks sitolojisi taramasının yanında üreme sistemi ileride doğumu olumsuz etkileyebilecek herhangi bir anomali yönünden değerlendirilir.

Beslenme Danışmanlığı

Öncelikle bir besin eksikliği olup olmadığı değerlendirilir. Gebelik sü-

recinde beslenme eğitimi yapılır. Özellikle düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskine karşı tedbirler alınır. Yine emzirme dönemi beslenmesine ilişkin eğitim verilir.

Dahiliye Danışmanlığı

Kronik hastalığı olanlar başta olmak üzere bütün hamile kadınlar gebelikleri sürecinde bir dahiliye muayenesinden geçirilir. Anne ve bebeği etkileyebilecek durumlar kontrol altına alınır.

Psikolojik Danışmanlık

Ailenin gebeliği kabul etmesi ve aileye bu süreçte psikolojik destek sağlanması amaçlanır. Aile içinde herkesin kendi rolünü (eş, baba, kardeş vb) benimsemesine yardımcı olunur.

Diyabet ve toplumsal değişim mücadelesi

Milenyum yirminci yüzyılın ikinci yarısında insanlık için *umudun* simgesi olmuştu. İki büyük *sıcak* savaş ve etkileri en az bunlar kadar yıkıcı olan uzun bir *soğuk* savaş geçiren dünya, yirmi birinci yüzyıla ilişkin büyük umutlar besliyordu. Şüphesiz bu umutların büyük bir kısmı da sağlığa ilişkindi. Tıptaki baş döndürücü ilerlemeler, insanlara milenyumda daha sağlıklı bir yaşam umudu vaat ediyordu. İnsanlar Dünya Sağlık Örgütü'nün *"2000 Yılında Herkese Sağlık"* belgisinin gerçek olacağına inanıyor, milenyumu dört gözle bekliyorlardı.

Milenyumun ilk aylarında *Amerikan Diyabet Cemiyeti*'nin, çocuklarda *"tip 2 diyabetin bir halk sağlığı sorunu"* haline geldiğini bildirmesi (yirminci yüzyılın büyük bir kısmında çocuklarda yalnızca tip 1 diyabet görülüyordu), soğuk bir duş etkisi yarattı. Dahası tip 2 diyabet tek başına gelmemiş, bir de yanında ikiz kardeş getirmişti: *"çocukluk çağı obezitesi"*.

İnsanlar hiç beklemedikleri bir yerden darbe almışlardı. Tam çocuklarımızı ishalli hastalıklar ve solunum yolu enfeksiyonlarının ölümcül pençesinden kurtardığımıza sevinmek üzereyken, hevesimiz kursağımızda kaldı. Neden?

Çocuklarda ve ergenlerde tip 2 diyabet görülme sıklığının artmaya başlaması, insanlarda genellikle orta yaşlardan sonra görmeye alıştığımız (ve beklediğimiz) kronik hastalıkların, çocukluk çağına doğru genişlemeye başladığına işaret ediyor. Kronik hastalığı olanlar veya yakınlarında kronik bir hastalık olanlar bilir; bu hastalıkların *"tedavisi yoktur"* ve yakınmaları-

nızı hafifletebilmek için genellikle *"ömrünüzün sonuna kadar"* belli tedavi rejimlerine tabi olmak zorunda kalırsınız. Böyle bir tedavi rejimine maruz kalmak, çoğu yetişkin için dahi katlanılması oldukça zor bir durumken, küçücük bir çocuğun, her gün, günde birkaç kez ilaç zamanı geldiğinde örneğin salıncakta sallanmaya ara vermek zorunda kalacak olmasının nasıl bir duygu olduğunu düşünmek dahi çok zor.

Tip 2 diyabet vücudun yeterli insülin üretememesi ve/veya etkin kullanamaması sonucunda ortaya çıkan karmaşık ve kronik bir durum. Kontrol edilemediğinde kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, alt ekstremitelerde amputasyonlar ve körlük gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Yani gerçekten tehlikeli bir hastalık.

İnsanlarda tip 2 diyabetin nasıl geliştiği (mekanizma) tam olarak bilinmiyor, fakat *"biyomedikal paradigmanın"* egemen olduğu kapitalist tıp dünyasında gözlerin hemen *genlere* çevrilmesi şaşırtıcı değil. Hastalığın çocukluk çağına inmesi, dikkatlerin genetik faktörlere yoğunlaşmasına *("doğayı" suçlama)* neden oluyor. Yine yirminci yüzyılın son çeyreğinde yaygınlaşan sağlık sorunlarından *bireylerin yaşam tarzlarını* sorumlu tutma eğilimi *("mağduru" suçlama)*, tıbbın tip 2 diyabet etiyolojisine yaklaşımında da kendisini göstermekte gecikmiyor.

Sınıfın Sağlığı okurlarının, yukarıdaki iki yaklaşımın da, sağlığın ve hastalığın içinde oluştuğu ve geliştiği *"sosyal"* koşullar karşısında sessiz kaldığını fark ettiklerini düşünüyorum. Oysa basitçe hastalığın "kimlerde" yoğunlaştığına baktığımızda, "uzmanların" dikkatinden kaçan bir gerçek sırıtmaya başlıyor: *"yoksulluk ve yoksunluk"*.

Hastalığı genetik faktörlere bağlamaya çalışan çalışmalar bu alanda ciddi kanıtlar bulmakta zorlanırken, hastalık ile başta beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel etkinlik olmak üzere yaşam tarzı faktörleri arasında güçlü ilişkiler gösterilebiliyor. Fakat bu konuda da sorunlar var, çünkü çalışmalar hastalığın daha fetüs ana rahmindeyken filizlenmeye başladığını (yani bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları geliştirmesinden çok önce) gösteriyor.

Tip 2 diyabetin fetüs ana rahmindeyken gelişmeye başlaması, hastalığın genetik "doğasından" çok fetüsün yeterli beslenememesiyle ilişkili. Fetüsün yeterli beslenememesi, ilerideki yıllarda koroner arter hastalığı ve

glikoz toleransının bozulması riskini artırıyor. Doğrudan doğruya annenin yetersiz beslenmesiyle ilişkili olan bu duruma, genellikle yine aynı nedenle annenin gebeliği boyunca yeterli (ve kuşkusuz gerekli) tıbbi bakım hizmetleri alamaması da ekleniyor. Gestasyonel (gebeliğe bağlı) diyabetin erken teşhis (ve dolayısıyla kontrol) edil(e)memesi, çocukta tip 2 diyabet gelişme riskini daha da artırıyor. Artık yoksulluk ve hastalık arasındaki ilişki, üzeri örtülemez bir biçimde kendisini göstermeye başlıyor.

Burada konunun berraklaşmasını güçleştiren nokta, genellikle yoksulluk ve sağlık için zararlı olabilecek davranışların (yaşam tarzı) birlikte görülmesi. Fakat yoksulların olumsuz beslenme alışkanlıklarının kendi "tercihleri" olmadığı da bir sır değil. Yine tütün ve aşırı alkol kullanımı gibi davranışların da yoksullar arasında daha yaygın olduğunu biliyoruz.

Zaman içinde hastalıkla yoksulluk arasında bağlantılar kuran araştırmaların sayısı arttıkça, başlangıçta tip 2 diyabetten salt genleri ve yaşam tarzını sorumlu tutanlar, bu kez *"sanayileşmeyi"* boy hedefi yapmaya başlıyor. İnsanların fiziksel etkinliklerinin azalması ve obezitenin yaygınlaşmasını, sanayileşmenin *"öngörülemeyen"* olumsuz sonuçları olarak değerlendiren makaleler, genellikle sanayileşmeyi *"üretim tarzından"* bağımsız bir olgu olarak görüyor ve göstermeye çalışıyor.

Oysa bildiğimiz gibi insanları yoksullaştıran ve dolayısıyla yoksullukla ilişkili yaşam tarzı davranışlarını yaygınlaştıran sanayileşme değil, *"kapitalist sanayileşmedir"*. Buna "üretimin kâr amacıyla yapılması" diyebiliriz. Oysa üretimin amacı toplumun gereksinimlerini karşılamak olduğunda, bir başka deyişle üretim "insan" için yapıldığında, kuşkusuz *insan sağlığına duyarlı bir üretim* yapılacak ve olumsuzluklar önlenebilecektir.

Claudia Chaufan'a göre tip 2 diyabet gelişmesine özgül genetik mekanizmalar yol açsa dahi, hastalık riskinin toplum içinde yoksullar aleyhine eşitsiz dağılmasının itici gücü maddi ve sosyal yoksunluktur. Hekimler yalnızca semptomları tedavi etmek değil, hastalığın üstesinden gelmek istiyorlarsa, insanların içinde yaşadığı toplumsal koşulların değiştirilmesini talep etmelidir. Bugün için tip 1 diyabet konusunda bunları söyleyemiyoruz, fakat tip 2 diyabetle mücadelenin sonucunu, *toplumsal değişim için mücadelede* elde edilecek kazanımların belirleyeceğine şüphe yoktur.

Okuma 7
Paris Komünü dünyayı değiştirmişti

18 Mart 1871 tarihinde kurulan Paris Komünü, insanlık tarihinde çok önemli bir dönüm noktası olmuştu. Paris'te emekçiler tarihte ilk kez bir hükümet kurarak *yönetebileceklerini* kanıtlamışlar, 10 hafta boyunca Paris'te yaşamın bütün alanlarını ve bu kapsamda sağlık hizmetlerini de örgütlemişlerdi.

Komün günlerinde Parisli emekçiler sağlık hizmetlerini örgütlerken, Friedrich Engels ve Rudolf Virchow'un çalışmalarından geniş ölçüde yararlanmışlardır. 1840'larda toplumcu tıbbın temellerini atan Engels ve Virchow, emekçilere sağlık hizmetlerinin ve tıbbın toplumun gereksinimlerine göre nasıl örgütlenebileceğini göstermişler, bu örgütlenmenin temel ilkelerini belirlemişlerdir. Komün'ün örgütlediği sağlık hizmetleri arasında barikatlarda savaşanlar için ambulans hizmetleri, kent içinde sanitasyon hizmetleri ve hijyen tedbirleri sayılabilir.

18 Mart ile 28 Mayıs 1871 tarihleri arasında on hafta kadar iktidarda kalan Paris Komünü, sağlık hizmetlerini toplumun ezici çoğunluğunu oluşturan emeğin gereksinimlerine göre örgütleme çabasında büyük adımlar atamamışsa da, egemen sınıfların yüreklerine korku salarak emekçilerin çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek için harekete geçmelerine neden olmuştur.

Komün işçi sağlığı ve iş güvenliği alanında da önemli adımlar atmıştır. Komün günlerinde işçilerin gece çalıştırılmalarını, sağlığa aykırı olduğu gerekçesiyle yasaklamıştır. Fransa'da 21 Nisan 1810'da kabul edilen Ma-

den Yasası ile madenlerde çalışan işçilerin sağlığı ve güvenliğine ilişkin tedbirler alınması öngörülmüşse de, bu hükümler ancak Komün günlerinde uygulanabilmiştir. 1841 yılında kabul edilen İş Yasası da çocuk emeğine yönelik düzenlemeler getirmişse de (8 yaşından küçük çocukların çalıştırılmasının yasaklanması ve 13 yaş altındaki çocukların tehlikeli işlerde çalıştırılmasının yasaklanması), alınan tedbirler gerçek anlamda Komün günlerinde uygulanabilmiştir.

Paris Komünü deneyiminin Avrupa'da çok büyük etkileri olmuştur. 1874 yılında Fransa'da iş yasalarında işçi sınıfının çalışma koşullarını büyük ölçüde iyileştiren bir revizyona gidilmiştir. Çocuk işçiler için çalışma yaşı 8 yaşından 12 yaşa yükseltilmiş, kadın işçilere madenlerde çalışma yasağı getirilmiş ve işyerlerine kamusal denetim zorunlu kılınmıştır.

Avrupa'da işçi sınıfının en güçlü ve örgütlü olduğu ülkelerin başında gelen Almanya'da egemen sınıfların en büyük korkusu, Alman işçilerin Fransız işçiler gibi ayaklanarak iktidarı ele geçirmeleridir. Alman işçileri devrimci düşüncelerden (Alman Sosyal Demokrat Partisi'nin etkisinden) uzaklaştırmak ve emekçileri sorunlarının devrim yapılmadan da çözülebileceğine ikna etmek için Şansölye Otto von Bismarck, 1883 yılında *Sağlık Sigortası Yasası*'nı parlamentodan geçirmiştir. Sigorta tamamen korporatist bir yaklaşım sergilemekte ve emekçiler gelirlerine ve niteliklerine göre farklı planlar altında toplanarak bölünmektedir. Sağlık sigortası sonraki yıllarda genişleyerek bir sosyal güvenlik sistemine evrilecektir.

İşçi Sağlık Sigortası Yasası (Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter) 15 Haziran 1883'te kabul edilmiş ve 2000 Mark'a kadar yıllık geliri olanlar zorunlu ulusal sigorta kapsamına alınmıştır. Sigorta zamanla ulaşım, tarım ve orman işçilerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. 10 Nisan 1892'de Sağlık Sigortası Yasası'nın (Krankenversicherungsgesetz) kabulü ile süreç tamamlanmıştır.

6 Temmuz 1884'te tehlikeli işlerde çalışanlar için Kaza Sigortası Yasası (Unfallsversicherungsgesetz) kabul edilmiştir. Sigorta zamanla inşaat, tarım ve orman işçilerini de kapsamıştır. 13 Temmuz 1887'de denizcilik sektöründe de kaza sigortası uygulamaya girmiştir.

Sosyal sigorta yasalarının son halkası 22 Haziran 1889'da ücretlerine

bakılmaksızın İşçiler, Ustalar ve Çıraklar İçin Yaşlılık ve Sakatlık Sigortası Yasası (Gesetz über Invaliditäts- und Alterssicherung für Arbeiter, Gehilfen und Lehrlinge) kabul edilmesiyle tamamlanmıştır.

Almanya'nın öncülük ettiği bu gelişmeler kısa sürede kapitalist dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır. Avusturya 1888'de, Macaristan 1891'de, Lüksemburg 1901'de, Norveç 1905'te hastalık sigortasını; İngiltere, 1908'de yaşlılık sigortasını, 1911'de bütün işçiler için hastalık ve malullük sigortasını ve bazı kategori işçileri için dünyada ilk kez işsizlik sigortasını; Fransa, 1910'da sınırlı bir uygulamayla yaşlılık sigortasını; İsviçre, 1911'de iş kazaları sigortasını; İsveç, 1913'te yaşlılık ve malullük sigortasını getirmiştir. Arjantin, Brezilya, Şili, Küba ve Uruguay 1920 ve 1930'larda kamu emeklilik planlarını yürürlüğe koymuşlardır. 1929 ekonomik bunalımını izleyen yıllarda sosyal sigortalar Güney Amerika ülkelerinde, Birleşik Amerika ve Kanada'da, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise bütün ülkelerde yaygınlaşmıştır. Navarro bu süreçlerde ülke içindeki işçi sınıfının örgütlülüğüne dikkati çekmektedir. İşçi sınıfının örgütlenmesi, egemen sınıfları sosyal güvenlik sistemleri geliştirmeye zorlamıştır.

Günümüzde ise bu süreç tersine dönmüştür. 1970'li yılların sonlarına doğru başlayan neoliberal saldırı karşısında bozguna uğrayan emekçiler, küresel ölçekte bir gerileme içine girmişler, işçi sınıf partileri birçok ülkede tabela partileri haline gelmiş, emekçilerin sendikalaşma oranları tek haneli rakamlara düşmüş ve bu gelişmelere paralel olarak 20. yüzyılda sosyal güvenlik alanında kazanılan bütün haklar yitirilmeye başlamıştır.

Bugün dünya emekçileri, yitirdiği komün ruhunu arıyor. Yeniden arkasında durabileceği değerler yaratmaya, uğruna mücadele edeceği idealler bulmaya çalışıyor. Emekçilerin yeniden kendisi için sınıf haline geldiği günleri görebilmek umuduyla...

Politika, ideoloji ve sağlık

Bir gün çocuğunuzun sınıf öğretmeni sizi okula çağırır ve çocuğunuzun *"derste başka şeylerle ilgilendiğini, yaramazlık yaptığını, yerinde durmadığını"* söyleyerek, bir psikoloğa görünmenizi önerir. Çaresiz bir psikolog bulursunuz ve çocuğunuza bir dizi testin yapılmasına razı olursunuz. Psikolog çocuğunuzda *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* (DEHB) olduğunu söyler ve sizi tedavi için bir çocuk psikiyatristine yönlendirir. Psikiyatrist de çocuğunuzu muayene eder ve bazı ilaçlar yazar. Artık endişelenmenize gerek yoktur; yakında çocuğunuzun okulda başarısı artacak ve öğretmenlerinin takdirini kazanacaktır.

Uzmanların önerilerine uyarak çocuğunuzun tedavisine özen gösterirsiniz. İlaçların gerçekten de faydası olmuş, okuldan çocuğunuza ilişkin şikâyetler azalmıştır. Fakat sanki biraz iştahı kaçmış gibidir. Bir de uyku sorunu ortaya çıkmıştır. Uzun zamandır tek başına odasında uyumaya alışmış olan çocuğunuz, bazı geceler sizinle uyumak için ısrar etmeye başlamıştır. Kontrol için psikiyatriste gittiğinizde, bunların ilaçların "olağan" yan etkileri olduğunu, kısa sürede geçeceğini söyler. İçiniz yine rahatlar. Çocuğunuz emin ellerdedir.

Sanıyorum şimdi birçok okur, bu öykünün politika veya ideolojiyle ne alakası olabileceğini düşünüyordur. Çok sıradan bir durum. Birçok ailenin başına gelmiştir veya gelebilir. Hasta olursunuz, hekime gidersiniz, ilacınızı alır, iyileşirsiniz... Politika bunun neresinde, bunların ideolojiyle ne ilgisi var? Bir şeyleri zorluyor muyuz?

Biz politika ve ideoloji dendiğinde genellikle bunlardan çok farklı

şeyler anlarız. Bizim için politika, gazetelerin ilk sayfalarından veya TV ekranlarından izlediğimiz lider atışmalarıdır. Muhalefet lideri hükümeti eleştirir, başbakan hemen yanıtını verir ve cumhurbaşkanı son noktayı koyar. Bir de seçimlerde sandığa gitmektir politika. İdeoloji konusu biraz daha karmaşıktır. Aslında onun ne demek olduğunu çok bilmeyiz ve üzerinde de pek konuşmayız. Belki ideolojik şeylerin çok iyi şeyler olmadığını hissederiz.

Gündelik yaşamda karşılaştığımız sağlık sorunlarının politikayla bir ilgisi yoktur. Gündelik sağlık sorunları, herkesin başına gelebilen "özel" sorunlardır. Bu nedenle çok uluorta konuşmayız. Belki çok yakın birkaç dost ve akraba, o kadar. Şimdi çocuğumuzun DEHB tanısı almış ve tedavi görüyor olmasının neresi politik, değil mi? Zaten ne ana muhalefet lideri, ne de başbakan böyle konulardan bahseder. Bunlar bizim "özel" sorunlarımızdır. Gerçekten öyle mi? Gelin en baştan başlayalım.

Çocuğunuzun öğretmeninin çocuğunuza ilişkin tutumu, tamamen ideolojik ve politik bir tutumdur. Çocuğunuzun derslere karşı ilgisiz olmasının, yaramazlık yapmasının ve yerinde durmamasının "anormal" bir durum olduğunu düşünmek, kesinlikle ideolojik bir yaklaşımdır ve bu yaklaşım bizzat "eğitim sisteminden" kaynaklanmaktadır. David Werner bu eğitim sistemini şöyle tanımlar:

> "Bugünün kutuplu toplumlarında "eğitim", iki ucu keskin bir kılıçtır. Aslında "beyin yıkama" veya "itaat eğitimi" daha uygun bir isim olurdu. Bugün kamusal eğitimin ana amacı gençleri ne kadar adaletsiz olurlarsa olsunlar kurallara uymaya ve yasalara boyun eğmeye koşullamaktır. Öğrencileri buyurgan bir patronun emri altında sefalet ücreti karşılığında monoton görevleri yerine getirmeye istekli itaatkar emekçilere dönüştürmektir. Çocukları böylesi aşağılayıcı işler için hazırlama gereği belki eğitimin neden çok sıkıcı ve otoriter olma eğiliminde olduğunu açıklar".

Çocuğunuzun sınıf öğretmeni Werner olsaydı, çocuğunuzun "anormal" olmak bir yana, son derece normal ve sağlıklı olduğunu düşünecekti. Hatta belki de "diğer" çocuklar için bir rehabilitasyon gereksinimini savunacaktı. Oysa çocuğunuzun öğretmeni, eğitimin Werner tarafından

açıklanan otoriter amaçlarını "benimsediğinden", çocuğunuzun "anormal" olduğunu düşünüyor. Yani kesinlikle ideolojik davranıyor. 2006 yılında *PLoS Magazin*'de yayınlanan bir makalesinde bu konuyu elen alan Christine Phillips, öğretmenlerin DEHB hastalığında özel bir politik rolleri olduğuna dikkat çekiyor: "sınıftaki DEHB belirtileri gösteren çocukları tespit etmek ve aileleri çocuklarının hasta olduğuna ikna etmek".

Sırada psikolog ve psikiyatrist var. Bu sağlık profesyonellerinin DEHB hastalığını tanımayı ve tedavi etmeyi nereden ve nasıl öğrendiklerinden başlayalım. DEHB, son 25 yılın hastalığıdır. Bu "hastalığın" tedavisinde ilaçların kullanılmaya başlaması 1990'larda hızla artmış, 2000'li yıllarda "rutine" girmiştir. Bu tamamen ideolojik ve politik bir süreçtir. Bu süreçte eskiden "yaramazlık" olarak tanımladığımız bir olgu, adım adım "hastalık" haline getirilmiş, buna ilişkin tanı ve tedavi ölçütleri ve rehberleri üretilmiş ve sağlık profesyonellerinden bunlara uymaları istenmiştir.

Bir sağlık profesyonelinin kendisine dayatılan bu rehberler doğrultusunda hareket etmesi, ideolojik bir tutumdur. Bunun altında insan davranışlarının salt biyolojik mekanizmaların bir ürünü olduğu inancı (ideolojisi) vardır. Ancak bu şekilde düşünüldüğünde "yaramazlık", beyin biyokimyasındaki bazı değişikliklerle açıklanabilir. Sağlığın ve hastalığın belirleyicileri içinde bireylerin içinde yaşadıkları sosyal ve ekonomik koşullar olduğuna inanmıyorsanız (bu da başka bir ideoloji), sorunu insan bedeni içindeki biyolojik süreçlerde arar, çözümü de bu süreçlere tıbbi müdahalelerde (ilaçlar, cerrahi girişimler, psikoterapi vb) bulursunuz.

Sağlık profesyonellerinin kendilerine dayatılan rehberleri, aldıkları eğitime ve mesleki deneyimlerine rağmen hiç "sorgulamadan" benimsemeleri, hatta bazen daha da ileri giderek büyük bir iştahla uygulamaları "katıksız" politik bir tutumdur. Oysa profesyonel, salt kendisine dayatılan rehberlerin altındaki "imzalara" bakarak, bu imzalarla "tıbbi sanayi kompleks" (ilaç şirketleri ve tıbbi teknoloji sektörü) arasındaki ilişkileri izleyerek, rehberlere daha temkinli yaklaşması gerektiğini düşünebilecek kapasitededir. Profesyonel, bu sorgulamayı yapmamakla "politik" bir tercih yapmaktadır. Kuşkusuz böyle bir sorgulama yapmak da politiktir.

Son olarak size bir "meslek" sırrı vereyim mi? Aslında yukarıdaki öykü-

de DEHB yerine dilediğiniz herhangi bir hastalığı koyabilirsiniz. Mesela rahatça kanser veya diyabet diyebilirsiniz. O kadar dramatik olmasın diyorsanız, soğuk algınlığı bile olur. Emin olun hiçbir şey değişmez. Yaşadığınız bütün sağlık sorunları politiktir ve inanmak istemeseniz dahi, oldukça ideolojiktir.

Politik liderlerin soğuk algınlığı üzerine konuşmamaları, muhalefet liderinin ve başbakanın Meclis kürsüsünde sizin sırt ağrılarınızdan bahsetmemesi, partilerin sizin çocuğunuza DEHB tanısı konması üzerinden politika yapmamaları, gündelik sağlık sorunlarınızın medyada manşetlere çıkartılmaması da eşit derecede politik ve ideolojik tutumlardır.

KAYNAKLAR

Abrams, HK. (2001). *A Short History of Occupational Health.* Journal of Public Health Policy, 22(1): 34 - 80.

Akalın, A. (Ed.). (2001). *Birinci Basamakta Diyabetik Hastanın Yönetimi.* İzmir: KSGB Yayınları.

Akalın, MA. (2010). *Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi.* İstanbul: Yazılama.

Akalın, MA. (2011). *Sosyalleştirmenin İdeolojisi.* Ankara: TTB Yayınları (Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı - Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları - 2011 içinde, Sayfa: 19 - 27).

Akalın, MA. (2013). *Toplumcu Tıbba Giriş: Toplumcu Tıp Ders Notları.* İstanbul: Yazılama.

Akalın, MA. (2013). *Sağlıkta "toplumsal yokuş" üzerine.* İnsan Bu. http://insanbu.com/ a_haber.php?nosu=1250 (Erişim: 13 Kasım 2013).

Akalın, MA. (2014). *Sağlığın toplumsal belirleyicilerinden, sınıfsal belirleyicilerine doğru.* Sınıfın Sağlığı. soL Portal. 10 Kasım 2014.

Akalın, MA. (2014). *Yoksulluk Değil Eşitsizlik Hasta Ediyor.* İnsan Bu. 10 Ocak 2014. http://www.insanbu.com/a_haber.php?nosu=1316

Akalın, MA. (2014). *Paris Komünü dünyayı değiştirmişti.* Sınıfın Sağlığı. 17 Mart 2014.
http://sinifinsagligi.blogspot.com.tr/2014/03/paris-komunu-dunyay-degistirmisti.html

Aksakal, A. (2007). *Ceo'lar Makası Açıyor!* Capital Online, 1 Aralık 2007.

Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2006). *Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü.* Toplum ve Hekim, 21: 335 - 343.

Allen M., Allen, J., Hogarth, S., ve Marmot, M. (2013). *Working for health equity: The role of health professionals.* London: UCL.

American Diabetes Association. (2000). *Type 2 diabetes in children and adolescents.* Diabetes Care, 23: 381 389.

Anderson, MR., Smith, L. ve Sidel, VW. (2005). *What is Social Medi-*

cine? MonthlyReview, 56(8): 27 - 34.

Andreev, VS. (1987). *Pravo sotsial'nogo obespecheniia v SSSR.* Moscow: Iuridicheskaia Literatura.

Baum, A. ve Posluszny, DM. (1999). *Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness.* Annual Review of Psychology, 50: 137 - 163.

Belek, İ., Onuroğulları, H., Nalçacı, E. ve Ardıç, F. (1998). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi.* İkinci Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.

Bird, CE., Conrad, P., Fremont, AB., Timmermans, S. (Ed). (2010). *Handbook of Medical Sociology.* 6th Ed. Nashville: Vanderbilt University Press.

Black, R.E., Morris, S.S. ve Bryce, T. (2003). *Where And Why Are 10 Million Children Dying Every Year?* Lancet. 361: 2226 - 2233.

Bloom, DE., Canning, D. ve Fink, G. (2009). *The Graying of Global Population and Its Macroeconomic Consequences.* PGDA Working Paper No. 47.

Breilh, J. (2013). *Beyond the Current Crisis: Mobilizing for Health for All Urgent Agreement and Agenda for Life: Towards an Organic & Cohesive World Health Movement.* Social Medicine, 7(2): 42 - 46.

Brown, E.R. (1979). *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America.* Berkeley: University of California Press.

Browne, D. (2011). *Paraguay: Forced Labour in El Chaco.* Union View, 23: 6 - 10.

Brouver, S. (2012). *Devrimci Doktorlar.* İstanbul: Notabene.

Bunniss, S., Kelly, D.R. (2010). *Research Paradigms in Medical Education Research.* Medical Education. 44(4): 358 - 366.

Bury, M. (2005). *Health and Illness.* Cambridge: Polity Press.

Cabrera, T. (2007). *Study on intersector practices in health in Cuba.* Document complementing the report to the Pan American Health Organization. Escuela Nacional de Salud Pública de la República de Cuba.

Campbell, J.K. ve Johnson, C. (1999). *Trend Spotting: Fashions in Medical Education.* British Medical Journal. 318(7193): 1272 - 1275.

Carrin, G. ve James, C. (2005). *Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage.* International Social Security Review, 58(1): 45 - 64.

Cervendineva, M. , Pobornikova, S., Koleva, T., Mitef, B., Nedef, N., Gradef, BB., Dimitrof, M. ve Samakovlief, N. (1975). *Bulgaristan Komünist Partisi Tarihi.* Ankara: Kızılırmak.

Charney, DS. (2004). *Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress.* American Journal of Psychiatry, 161(2): 195 - 216.

Chaufan, C. (2004). *Poverty versus genes: the social context of Type 2 diabetes.* Diabetes Voice, 49(2): 35 - 37.

Cohen, S. (2004). *Social Relationships and Health.* American Psychologist, 59: 676 - 684.

Davis DL. (2007). *The Secret History of the War on Cancer.* New York, NY: Basic Books.

Davis DL. (2010). *Cepteki Tehlike: Disconnect.* İstanbul: İnno Yayıncılık.

Delaplace, G. (2014). *Establishing mutual misunderstanding: a Buryat shamanic ritual in Ulaanbaatar.* Journal of the Royal Anthropological Institute, S. 1 - 18.

Delgado García G. (1987). *El servicio médico rural en Cuba. Antecedentes y desarrollo histórico.* Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 72: Temas y personalidades de la historia médica cubana. Havana: Consejo Nacional de Sociedades Científicas.

Deppe, HU. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma.* (Kapitalizmde Sağlık içinde. İstanbul: Yordam Kitap).

DİSK-AR. (2014). *Kadın İstihdamı ve Güvencesizlik Raporu.* İstanbul.

Edith, D ve Terrero, A. (2008). *Salud pública cubana: Otra vuelta de rosca.* Bohemia. [serial on the Internet]. 24 Mar 2008. [cited 23 Aug 2008]. Available from: http:// bohemia.cu/2008/03/24/encuba/salud.html.

Elstad, JI. (2000). *Social Inequalities in Health and their Explanations.* Oslo: Norweigian Social Research.

von Engelhardt, D. (1999). *Teaching History of Medicine in the Per-*

spective of "Medical Humanities". Croatian Medical Journal. 40 (1): 1 - 7.

Engels, F. (1994). *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*. İstanbul: Sosyalist Yayınlar.

Eren, N. (1996). *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan*. Ankara: Somgür.

Erkizan, HN. (2002). *Küreselleşmenin Tarihsel ve Düşünsel Temelleri Üzerine*. Doğu-Batı Düşünce Dergisi, 18. (Şubat, Mart, Nisan).

Escudero, JC. (2009). *What is said, what is silenced, what is obscured: The Report of the Commission on the Social Determinants of Health*. Social Medicine, 4(3): 183 - 185.

Evenson, D. (2002). *Workers in Cuba: Unions and Labor Relations*. Detroit: NLG/Maurice and Jane Sugar Law Center for Economic and Social Justice.

Fetter, B. (2004). *Health Care and Social Change in the United States A Mixed System, A Mixed Blessing*. Hygiea Internationalis, 4(1): 277 - 298.

Gantt, WH. (1927). *A Medical Review of Soviet Russia*. The British Medical Journal, 1(3450): 338 - 340.

Gawecka, DP. (2014). *The Way of the Shaman and the Revival of Spiritual Healing in Post-Soviet Kazakhstan and Kyrgyzstan*. Shaman, 22(1-2): 35 - 59.

Gladstone, D. (Ed). (1999). *Before Beveridge: Welfare Before the Welfare State*. Wiltshire: The Cromwell Press.

Goldthorpe, JH. (2010). *Analysing Social Inequality: A Critique of Two Recent Contributions from Economics and Epidemiology*. European Sociological Review, 26 (6): 731 - 744.

Gomez, RM. (1981). *Occupational Health in Cuba*. AJPH, 71(5): 520 - 524.

Gorsky, M. (1999). *Self Help and Mutual Aid: Friendly Societies in 19. Century Britain*. Refresh, 8: 1 - 4.

Gökberk M. (1990). *Felsefe Tarihi*. 6. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Gramsci, Antonio. (1986). *Hapishane Defterleri*. İstanbul: Onur Yayınları.

Gregg, A. (1927). *Medical Education in Russia.* Rockefeller Archive Center. Rockefeller Foundation Archives. http://profiles.nlm.nih.gov/FS/B/B/P/Q/ (Erişim: 08 Haziran 2010).

Guilbert, J.J. (2012). *Sağlık Çalışanları İçin Eğitim Kitabı.* Altıncı Baskı. İstanbul: Nobel.

Günal, A. (2008). *Health and Citizenship in Republican Turkey: An Analysis of the Socialization of Health Services in Republican Historical Context.* Unpublished Ph.D. Thesis. Boğaziçi University. Istanbul.

Hart, JT. (1971). *The Inverse Care Law.* Lancet, 1(7696): 405-412.

Heritage, Z. (2010). *Investigating the contribution of social ties to health inequalities in France.* Doktora Tezi. http://bdr.u-paris10.fr/theses/internet/2010PA100181.pdf. (Erişim 11 Ekim 2013).

Holben, DH. (2007). *The Concept and Definition of Hunger and İts Relationship to Food Insecurity.* Erişim: 4 Mayıs 2007. http://www7.nationalacademies.org/cnstat/Concept_and_Definition_of_Hunger_Paper.pdf

Holmberg, B. ve Winell, M. (1977). *Occupational Health Standards: An International Comparison.* Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 3: 1 - 15.

ILO. (2009). *Edward Phelan and the ILO: Life and views of an international social actor.* Geneva: ILO.

ILO. (2012). *Global Employment Trends for Women.* Geneva.

ILO Social Dialogue Sector. (2012). *Gender Equality and Social Dialogue: An Annotated Bibliography.* Geneva.

Jacobsen, LA ve ark. (2011). *America's Aging Population.* Population Bulletin 66, No. 1.

Jirmanus, L. (2014). *Kırsalda.* Toplumcu Tıp Sayfaları. 3 Mayıs 2014. http://toplumcutip.blogspot.com.tr/2014/05/krsalda.html

Kawachi, I., Subramanian, SV. ve Almeida-Filho, N. (2002). *A Glossary for Health Inequalities.* Journal of Epidemiology and Community Health, 56(9): 647 - 552.

Kerek, P. (2014). *Why Equality is Better For Society?* People's Voice. March 16-31, 2014. Vol. 22, No. 5. http://www.peoplesvoice.ca/

Pv16mr14.html#MWHY.

Kızılçelik S. (2003). *Küreselleşme, Beden ve Şizofreni.* CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4): 89 - 94.

Kneebone, R. (2002). *Total Internal Reflection: an Essay on Paradigms.* Medical Education. 36(6): 514 - 518.

Koptseva NP, Kirko VI. (2014). Post-Soviet practice of preserving ethnocultural identity of indigenous peoples of the North and Siberia in Krasnoyarsk Region of the Russian Federation. Life Science Journal, 1(7): 180 - 185.

Labonté R, Schrecker T, Packer C ve Runnels V. (Ed). (2011). *Küreselleşme ve Sağlık: Süreç, Kanıtlar ve Politika.* İstanbul: İNSEV Yayınları.

Lewis, MJ. ve Leeder, SR. (2001). *Where to from here? The need to construct a comprehensive national health policy.* Australian Health Policy Institute Commissioned Paper Series 2001/01. The Australian Health Policy Institute at the University of Sydney.

Magdoff, F. (2004). *A Precarious Existence: The Fate of Billions?* Monthly Review. Erişim: 4 Mayıs 2007. http://www.monthlyreview.org/0204magdoff.htm

Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. ve Zhao, J. (2013). *Poverty Impedes Cognitive Function.* Science, 341: 976 - 980.

Marmot, MG., Rose, G., Shipley, M. ve Hamilton, PJ. (1978). *Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants.* Journal of Epidemiology and Community Health, 32 (4): 244 - 249.

Marmot, M., Bobak, M. ve Davey Smith, G. (1995). *Explanations for Social Inequalities in Health.* In: Society & Health. Eds. B.C. Amick III, S. Levine, A. R. Tarlov and D. Chapman Walsh. New York: Oxford University Press.

Marmot, M. ve Wilkinson, R. (Ed) (2009). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri.* İstanbul: İnsev.

Marmot, M. ve Allen, JJ. (2014). *Social Determinants of Health Equity.* American Journal of Public Health, 104(s4): s517 - s519.

Marx, K. (1867). *Capital.* V.1 Ch. 25. Sec. 4. Erişim: 4 Mayıs 2007.

http://socserv.mcmaster.ca/econ/ugcm/3ll3/marx/cap1/chap25.

Marx, K. ve Engels, F. (1992). *Alman İdeolojisi [Feuerbach].* Üçüncü Baskı. İstanbul: Sol Yayınları.

Marx, K. ve Engels, F. (2003). *Gotha ve Erfurt Programlarının Eleştirisi.* Ankara: Sol Yayınları.

McIntyre, L. (2002). *Food Insecurity as a Determinant of Health.* Paper presented at The Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference, Toronto, November 2002.

Mooney, G. (2014). *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru.* (Çev. Cem Terzi). İstanbul: Yordam.

Morris, D. (2000). *Illness and Culture in the Postmodern Age.* London: University of California Press.

Muñoz Rodríguez, M. (2006). *The Cuban Mother-Child Attention Program Aiming at Fulfil the Ambition of the Comprehensive Concept of Health: A Study Through the Practice of the Community Policlinic "Héroes de Girón" in Havana City.* http://brage.bibsys.no/hibo/retrieve /32/ Munoz_Rodriguez_Mariana.pdf (Erişim: 9 Mayıs 2013).

Murphy, M., Bobak, M., Nicholson, A., Rose, R. ve Marmot, M. (2006). *The Widening Gap in Mortality by Educational Level in the Russian Federation, 1980-2001.* American Journal of Public Health, 96: 1293 - 1299.

Navarro, V. (1986). *What Is Socialist Medicine?* Monthly Review, 38(3): 61 - 70.

Navarro, V. (1989). *Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and The US Has Neither.* Social Science and Medicine, 28(9): 887 - 898.

Navarro, V. (2004). *Inequalities are Unhealthy.* Monthly Review, 56(2): 26 - 30.

Navarro, V. (2004). *The World Health Situation.* International Journal of Health Services. 34 (1): 1 - 10.

Navarro, V. (2009). *What we mean by social determinants of health?* Global Health Promotion,16(1): 5 - 16.

Ng, E. ve Muntaner, C. (2014). *A Critical Approach to Macrosocial*

Determinants of Population Health: Engaging Scientific Realism and Incorporating Social Conflict. Current Epidemiology Reports, 1: 27 - 37.

Nolan, B., Salverda, W., D. Checchi, I. Marx, A. Mcknight, I. Gy. Tóth, H. G. van de Werfhorst (eds.) (2014). *Changing Inequalities and Societal Impacts in Rich Countries.* Thirty Countries' Experiences, Oxford: Oxford University Press.

OECD. (2013). http://www.oecd.org/els/soc/OECD2013-Inequality-and-Poverty-8p.pdf. (Erişim: 12 Kasım 2013).

Oelz, M., Olney, S. ve Tomei, M. (2013). *Equal Pay: An Introductory Guide.* Geneva.

Oishi, S., Kesebir, S. ve Diener, E. (2011). *Income Inequality and Happiness.* Psychological Science, 22(9): 1095 - 1100.

Oxfam. (2014). *Working fort he Few: Political Capture and Economic Inequality.* 20 January 2014.

Önder, İ. (2014). *İş Cinayetleri Nasıl Önlenir?* soL Portal. 17 Kasım 2014. http://haber.sol.org.tr/yazarlar/izzettin-onder/cinayetleri-nasil-onlenir-100982

Öngen, T. (2011). Marx ve Sınıf. Praksis, 8: 9 - 28.

PAHO. (2007). Health in the Americas 2007. Vol: 2 - Countries. Scientific and Technical Publication No. 622. Pp. 262 - 279.

PAHO. (2012). Health in the Americas 2012. Country Volume. Scientific and Technical Publication No. 636. P. 243.

Phillips, CB. (2006). *Medicine goes to school: Teachers as sickness brokers for ADHD.* PLoS Med 3: e182.

Porter, D. (1999). *Health, Civilization and State.* London: Routledge.

Pridan, D. (1964). *Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective.* Medical History. 8(3): 274-278.

Radimer, K.L., Olson, C.M. ve Campbell, C.C. (1990). *Development of Indıcators to Assess Hunger.* The Journal of Nutrition. 120 (11): 1544 - 1548.

Raphael, D. (Ed.) (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives.* 2nd Ed. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Robson, D. (2014). *A dangerous prescription?* New Scientist, 15 Şubat

2014, S: 27 - 28.

Rowland, DT. (2012). *Population Aging: The Transformation of Societies.* Springer.

Safaei, J. (2014). *Social policy as social vaccine.* Social Medicine, 8(1): 11 - 22.

Sanandaji, N., Malm, A. ve Sanandaji, T. (2010). *The Spirit Illusion A critical analysis of how "The Spirit Level" compares countries.* www.taxpayersalliance.com.

Seyyar, A. (1997). *Sosyal Siyaset Terimleri.* İstanbul: Beta Yayınları.

Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam, Bireyselleştirilen Yaşam.* İstanbul: Ayrıntı.

soL Gazetesi. (2014). *Uyku Hastalığını Genlerle Yenmek.* 2 Mayıs 2014. Sayfa: 13.

Solar, O. ve Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO.

Szreter, S. ve Woolcock, M. (2004).1 International Journal of Epidemiology, 33: 650 - 667.

Suárez, M., Sacasas, F. ve Duran, F. (2008). *Cuban MedicalEducation: Aiming for the Six-Star Doctor.* MEDICC Review, 10(4): 5 - 9.

Sundström, O. (2012). Is the shaman indeed risen in post-Soviet Siberia? Scripta Instituti Donneriani Aboensis, 24: 350 - 387.

Şakacı, BK. (2009). *Unutulan Bir Sosyalist Deneyim: Paris Komünü.* Toplum ve Hekim, 24(4-5): 245 - 250.

Taylor, R ve Rieger A. (1984). *Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: An Introduction and Translation.* Sociology of Health and Illness. 6(2): 201 - 217.

Terzi, C. (2010). *Hekimler Geçerli ve Güvenilir Bilgi İçin Tıbbi Literatüre Güvenemezler.* Toplum ve Hekim, 25 (5): 346 - 379.

Townsend, J. (1786). *A Dissertation on the Poor Laws.* Erişim: 4 Mayıs 2007. http://www.efm.bris.ac.uk/het/townsend/poorlaw.htm

Tran, T. (2014). *In Bolivia, with the Wolrld's Youngest Legal Workers.* Equal Times. http://www.equaltimes.org/in-bolivia-with-the-

world-s-15442#.VA1g8cJv4y4

TTB. (1998). *İşyeri Hekimliği Ders Notları.* 3. Baskı. Ankara.

Tursunova, Z., Kamp, M., Azizova, N., Azizova, L. (2014). *Cultural Patterns of Health Care Beliefs and Practices among Muslim Women in Uzbekistan.* Health, Culture and Society, 6(1): 47 - 61.

TÜİK (2013). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2012.* Haber Bülteni, Sayı: 13466. 20 Mart 2013.

TÜİK (2014). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2013.* Haber Bülteni, Sayı: 16057. 19 Mart 2014.

Umberson, D. ve Montez, JK. (2010). *Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy.* Journal of Social Behaviour, 51 (Suppl): 54 - 66.

United Nations. (2000). *United Nations Millennium Declaration.* Erişim: 4 Mayıs 2007. http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm.

U.S. Census Bureau. (2009). *An Aging World: 2008.* International Population Reports, P95/09-1. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.

US Census Bureau. (2013). *Older Americans Month: May 2013.* US Census Bureau News.

Virchow, R. (2006). Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. Social Medicine, 1(1): 11 - 27.

Waitzkin, H. (2006). *One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine.* Social Medicine. 1(1): 5 - 10.

Welch, HG., Schwartz, LM. ve Woloshin, S. (2013). *Aşırı Teşhis.* (Çev. Akif Akalın). İstanbul: İNSEV.

Werner, D. (2013). *People's Struggle for Health and Liberation in Latin America: A Historical Perspective.* Cuenca, Ecuador: Arte y Diseño.

Whitehead, M. (1992). *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler.* Ankara: TTB Yayını.

Whitehead, M. ve Dahlgren, G. (2006). *Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health.* Copenhagen:

World Health Organization. (Erişim: 12 Kasım 2013).

WHO. (1960). *Health Services in the USSR.* World Health Organization Public Health Papers No. 3. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (1963). *Health Education in the USSR.* World Health Organization. (İsviçre'de basılmıştır).

WHO. (2007). *Millennium Development Goals.* Erişim: 4 Mayıs 2007. http://www.who.int/mdg/goals/goal1/en/

WHO. (2007). *Millennium Development Goals.* Erişim: 4 Mayıs 2007. http://www.who.int/mdg/goals/goal1/nutrition/en/index.html

WHO. (2010). *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences.* Social Determinants of Health Discussion Paper 1. Geneva: WHO.

Willms, D. (2003). *The Hypotheses about Socioeconomic Gradients and Community Differences in Children's Developmental Outcomes: Final Report.* Ottawa: HRDC.

Wilkinson, R. (1996). *Unhealty Societies.* London: Routledge.

Wilkinson, R. ve Pickett, K. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better.* New York: Bloomsbury Press.

Younge, RG. (1982). *Health Care: Lessons from China and Cuba.* Journal of the National Medical Association, 74(4): 391 - 395.

Yıldızoğlu, E. (2014). *Yine Bir Şey mi Olacak?* Cumhuriyet, 12 Mart 2014.

Zerda, A., Velásquez, G., Tobar, F., Vargas, J.E. (2002). *Health Insurance Systems and Access to Medicines. Case Studies from: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala and the United States of America Washington, D.C.* PAHO. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh3012e/. (Erişim: 12 Temmuz 2013).

Yazılama

Toplumcu tıp üzerine eserler veren Dr. Akif Akalın, elinizdeki üçüncü kitabında toplumcu tıp ve sağlığın güncel sorunlarını/konularını ele alıyor ve çağdaş toplumcu tıp uygulamalarından örnekler veriyor. Sağlığın tanımındaki "toplumsal iyilik" kavramını açıkladıktan sonra sağlığa kâr temelli yaklaşımın karşısında hak temelli yaklaşımı tanımlıyor. Daha sonra hastalık kavramının evrimini anlatıyor ve hastalıklara toplumcu yaklaşımı irdeliyor.

9 786059 988353